

MOST K PARTNERSTVÍ



konference

Jihlavské zdravotnické dny 2012

II. ročník | 19. 4. 2012 | 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



VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA
KATEDRA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ



KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU
FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA



FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA
KATEDRA OŠETROVATEĽSTVA



UNIwersytet Rzeszowski
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa



ÚSTAV PRO OŠETŘOVATELSTVÍ 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY

SBORNÍK

z mezinárodní konference

Jihlavské zdravotnické dny 2012

II. ROČNÍK

Ošetrovateľská péče a porodní asistence v praxi

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Recenzovali

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Mgr. Lenka Drahošová
Mgr. Vlasta Dvořáková
MUDr. Jozef Filka, CSc.
Mgr. Lenka Görnerová
doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
Mgr. David Rezničenko
doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD., MPH
Mgr. Irena Točíková

Editoři

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Text neprošel jazykovou úpravou.

Vydala Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, Jihlava

První vydání, 2012
Náklad 200 ks

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISBN 978-80-87035-52-8

Obsah

MARCELA BABICKÁ Spiritualita v péči o umírající	12
EVA BAJANOVÁ Sebestačnost v aktivitách denného života a kognitivne funkcie seniorov, ich vplyv na ďalšiu starostlivosť	22
ANNA BENČEKOVÁ Prevenca metabolického syndrómu	34
KATEŘINA BERANOVÁ, LUBOMÍR KRANKUŠ, JAN SCHUSTER Vývoj tělesné hmotnosti u adolescentů v průběhu kalendářního roku	40
AIDA BEŠIĆ Transkulturní aspekty péče o občany z Bosny a Hercegoviny	47
MONIKA BINKOWSKA-BURY, MAŁGORZATA NAGÓRSKA, BEATA PENAR-ZADARKO Pielęgniarki a przemysł farmaceutyczny	52
MARKÉTA BLAŽKOVÁ, PETR SNOPEK, VLADIMÍRA ŠUDŘICHOVÁ Péče o dítě s astma bronchiale	54
JANA BOROŇOVÁ, DAGMAR RICHNÁKOVÁ Ošetrovateľská informatika	61
MARIE BŘENDOVÁ Role sestry edukátorky ve výživě dětského pacienta s leukemií	69
ŠTĚPÁNKA BUBENÍKOVÁ, VĚRA VRÁNOVÁ NANDA – International a porodní asistence	83
NATAŠA BUJDOVÁ Dilemy a kompetencie sestry v podmienkach reforiem	90
LADA CETLOVÁ, LADA NOVÁKOVÁ Adaptační období nelékařských zdravotnických pracovníků	93
ELŻBIETA CIPORA, KRZYSZTOF JAKUBOWSKI, BEATA PENAR-ZADARKO, EWA SMOLEŃ Self-Evaluation and Professional Reasons for Choosing the Nursing Profession	100
OTTO ČAČKA Dynamika prožívání frustrace u pacientů a způsoby negace možných následků	110
KATEŘINA ČERMÁKOVÁ, MARIE HOLUBOVÁ, EVA VALENTOVÁ Úloha vysokoškolsky vzdělaných nelékařských pracovníků na onkologickém pracovišti	119
MARTINA ČERNÁ Studenti studijního oboru Všeobecná sestra na VŠPJ a etický kodex	124

EVA ČERVEŇANOVÁ, NIKOLETA POLIAKOVÁ Názory študentov ošetrovateľstva na ich hodnotenie	129
ALENA DUDEKOVÁ Vplyv pracovného prostredia na život pracovníkov v záchranných zdravotných službách	137
ALENA DUDEKOVÁ Dokumentácia v záchrannej zdravotnej službe	143
VLASTA DVOŘÁKOVÁ Od kojných k bankám materského mlieka.....	145
VĚRA ERBENOVÁ Vývoj výuky porodných asistentek od roku 1930 – dosud v Pardubicích.....	153
EVA FERKOVÁ Možnosti zavedenia validácie do praxe.....	158
MARCEL GALA, ELENA ŽIAKOVÁ, ZUZANA ŠAJTEROVÁ Využitie Vojtovej metódy v respiračnej fyzioterapii u pacientov po úraze miechy v krčnej oblasti	165
ZUZANA GARNEKOVÁ, IVANA JAHODOVÁ, JANA HLINOVSKÁ Ošetrovateľská starostlivosť o ženu s DIC	173
KATARÍNA GERLICOVÁ, IVETA MATIŠÁKOVÁ Pozícia ošetrovateľstva v starostlivosti o rodinu s dieťaťom so zdravotným postihnutím	181
OLGA GORAY The Problems of Nurses' Professional Training to the Sanitary-Hygienic Up-Bringing and Preventive Work with Pupils (Schoolchildren) in Poland and Ukraine.....	189
SVETLANA V. GORDIJCHUK The System of Nursing Professional Training in Ukraine in the Context of the Bolognese Process	196
LENKA GÖRNEROVÁ Klokánkování – zahřát dítě na těle.....	203
IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ Paliatívna a hospicová starostlivosť	209
IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ, ZUZANA BAČÍKOVÁ Identita v procese socializácie a personalizácie rómskeho etnika ako multidisciplinárny problém.....	215
IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ, ZUZANA BAČÍKOVÁ Škodlivé následky užívania tabaku ako jedna z úloh ochrany verejného zdravia v súčasnosti.....	222

IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ, ZUZANA BAČIKOVÁ Úlohy ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva v plnení programu Zdravie v 21. storočí: „Kardiovaskulárne ochorenia”	231
IVICA GULÁŠOVÁ, LENKA GÖRNEROVÁ, ZUZANA BAČIKOVÁ, JANA ŠVEC OVÁ Prevenca tuberkulózy ako multidisciplinárny problém	239
MARIE HLA VÁČOVÁ Well-being jako součást zdraví	247
SOŇA HLINKOVÁ, VLADIMÍR LIT TVA, ANNA LESŇÁKOVÁ Prístup Rómov k zdraviu a k zdravotnej starostlivosti.....	251
MÁRIA HOLÁŠOVÁ, ADRIANA REPKOVÁ Využitie aromaterapie na pôrodných sálach v SR	258
JANKA HRABČÁKOVÁ, KLÁRA UHRINOVÁ Prieskum verejnej mienky o vplyve hudby na tehotenstvo, plod a pôrod.....	266
MARTINA HROZENSKÁ Sociálne služby určené osobám trpiacim Alzheimerovou chorobou a ich rodinným príslušníkom – legislatívny a organizačný rámec	275
RENATA HRUBÁ, VĚRA VRÁNOVÁ Role porodní asistentky v prenatální poradně	282
ZUZANA HUDÁKOVÁ, MÁRIA NOVYSEDLÁKOVÁ Kvalita života po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu.....	290
VIERA HULKOVÁ Dopad legislatívnych zmien v ošetrovateľstve súvisiacich s reformou zdravotníctva na jednotlivé typy zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike	299
JOZEF CHAJDIAK, ANNA KRIŠKOVÁ Overenie zhody a nezahody podskupín respondentov študentov v príprave na zdravotnícke povolanie a zamestnancov z praxe v odpovediach na otázky v dotazníku „Správanie podporujúce zdravie“ chi- kvadrát testom.....	309
JOZEF CHAJDIAK, ANNA KRIŠKOVÁ Usporiadanie ukazovateľov emočného zdravia poskytovateľov starostlivosti podľa miery vyrovnanosti	317
PAVLO IAVORSKYI Use of Spiral Computed Tomography in Diagnostics of Leiomyoma of Uterus at Different Types of Obesity.....	324
MARCELA IŽOVÁ, ANDREA KLOKOČÍKOVÁ Úloha sestry v podpore dialyzovaného pacienta	331
JARMILA JAKUBEKOVÁ, KARIN LIPTÁKOVÁ Význam supervízie ošetrovateľskej starostlivosti v Južnom Sudáne	336

MONIKA JANKECHOVÁ, KATARÍNA PECHOVÁ, JANA OTRUBOVÁ Manažment ľudských zdrojov versus ošetrovatelstvo	343
ANDREA JUHÁSOVÁ Metódy a techniky sociálnej rehabilitácie osôb s mentálnym postihnutím.....	348
INGRID JUHÁSOVÁ, ĽUBICA ILIEVOVÁ The Role of Nurse in the Prevention of Violence against Elderly People	362
KAMILA JURDÍKOVÁ, OLGA TRUBANOVÁ Kvalita života pacientov s onkohematologickým ochorením	374
PETRA JUŘENÍKOVÁ, JANA DVOŘÁKOVÁ Možnosti zvyšování kvality výuky v magisterském navazujícím studijním programu Intenzivní péče.....	383
HELENA KADUČÁKOVÁ Psychická pracovná záťaž u sestier	387
ZUZANA KARABOVÁ, ĽUBICA ILIEVOVÁ Komunikácia sestier s detským onkologickým pacientom a jeho podpornými osobami – rodičmi.....	396
LUCIE KAŠOVÁ, EVA LORENZOVÁ Edukační centrum pro sociálně, tělesně, smyslově handicapované těhotné ženy	406
HELENA KISVETROVÁ, PETRA KURKOVÁ Profesní kompetence studentů zdravotnických a tělovýchovných studijních programů ve vztahu k osobám se zdravotním postižením.....	417
MÁRIA KOPÁČIKOVÁ, JAROSLAV STANČIAK, JOZEF NOVOTNÝ Podiel pôrodnej asistentky na humanizácii pôrodu.....	424
ERIKA KRIŠTOFOVÁ, BEÁTA GAJDOŠOVÁ Špecifiká starostlivosti o dieťa s autizmom.....	434
JARMILA KRISTOVÁ, EMÍLIA MIKLOVIČOVÁ Informovanosť rodičov detí s akútnou lymfoblastickou leukémiou	442
IRINA KRUKOVSKA Some Aspects of Formation and Development of Medical Educational Institutions in Volyn in the XVIII - XX Centuries.....	451
HELENA KUBEROVÁ Náročné zdravotnícke povolania a psychohygiena	457
KAROLÍNA KUTÁLKOVÁ, VĚRA VRÁNOVÁ Zájem žen a porodních asistentek o komunitní péči v porodní asistenci	476
JANA KUTNOHORSKÁ, IGOR LOMNICKÝ Prosociální a etický rozměr osobnosti sestry a pomáhajících profesí.....	487

ANTON LACKO, JAROMÍR TUPÝ, LUCIA LACKOVÁ, JÁN STRAKA, ROMAN PODOBA Objectivization of the Stressful Situation in Development of Pedagogical and Educational Process by Examination of the Autonomous Nervous System by Spectral Analysis.....	492
MARIE LAZÁRKOVÁ, MARIE MACKOVÁ Hospicová péče o pozůstalé	498
MÁRIA LEHOTSKÁ, JANA MIHALOVIČOVÁ Intermitentná katetrizácia v manažmente neurogénneho močového mechúra u pacientov s miešnymi léziami.....	502
LESŇÁKOVÁ ANNA, LITVA VLADIMÍR, SOLOVIČ IVAN, HLINKOVÁ, SOŇA Roma, Infectious Diseases and its Prevention	508
DANIELA LETAŠIOVÁ Miesto rehabilitácie v prevencii a liečbe osteoporózy	519
KARIN LIPTÁKOVÁ, JARMILA JAKUBEKOVÁ, ANDREA BOTÍKOVÁ Kultúrne vplyvy zamerané na proces dojčenia v afrických krajinách	528
MIROSLAVA LIŠKOVÁ Syndróm dráždivého čreva – civilizačne podmienená porucha zdravia	535
VLADIMÍR LITVA, IMRICH ANDRÁSI Determinants of Health in the Roma Population from the Perspective of the Roma	541
OLEH LYUBINETS, GENADIJ SLABKYJ, YAROSLAV PYLYPETS, JAROSLAV STANČIAK, JAN RUTOWSKI, JAROSLAV HRZHYBOVSKYJ Peculiarities and Comparative Characteristics of the Population Mortality Caused by the Main Reasons in Ukraine, the Check Republic and Other European Countries	547
MONIKA MAČKINOVÁ Bazálna stimulácia v zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike.....	557
MARIE MACKOVÁ, JANA MACKOVÁ Bezdomovec v nemocnici	563
MARIANA MAGERČIAKOVÁ Prostredie chirurgického pracoviska a jeho vplyv na pacienta v kontexte ošetrovatelstva	567
IRINA MAKHNOVSKA Explanation of Content of Masters Graduates Trainings for Nursing in Ukraine	581
RADKA MATĚJKOVÁ, JANA MAREČKOVÁ Komparace výsledků zahraniční studie vybraných komponent Aliance 3N u pacientů s Deficitní znalostí 00126 a srdečním selháním s výsledky studie u českých pacientů...588	588
IVETA MATIŠÁKOVÁ, KATARÍNA GERLICOVÁ Náročnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u geriatrického pacienta.....	592

ĽUDMILA MATULNÍKOVÁ Manažment telesnej hmotnosti u tehotnej ženy s obezitou.....	600
HELENA MICHÁLKOVÁ, LENKA ŠEDOVÁ, VERONIKA BENEŠOVÁ Využití online technologie ve vzdělávání sester	616
EMÍLIA MIKLOVIČOVÁ Moderátory zvládania psychickej záťaže u sestier	622
EMÍLIA MIKLOVIČOVÁ, JARMILA KRISTOVÁ Stresory ošetrovateľského povolania	631
MARIANA MIŠINOVÁ, KATARÍNA GERLICOVÁ, IVETA MATIŠÁKOVÁ Posudzovanie najčastejších potrieb terminálne chorého pacienta.....	637
EVA MORAUČÍKOVÁ Úloha pôrodnej asistentky v podpore dojčenia	646
EVA MUSILOVÁ Edukácia pohybu	653
EVA MUSILOVÁ, HANA PADYŠÁKOVÁ Manažment bolesti a opuchu	660
MAŁGORZATA NAGÓRSKA, KATARZYNA WARDAK, MONIKA BINKOWSKA-BURY Oczekiwanie pacjentek w opiece okołoperacyjnej ginekologii	668
JOZEF NOVOTNÝ, JAROSLAV STANČIAK Rizikové faktory kardiovaskulárných chorôb	678
MÁRIA NOVYSEDLÁKOVÁ, ZUZANA HUDÁKOVÁ Manažment nauzey a zvracania u onkologického pacienta.....	693
JANA OTRUBOVÁ, MONIKA JANKECHOVÁ Ošetrovateľské posúdenie stavu výživy seniora	700
JANA PACÁKOVÁ Přínosy účinnosti systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.....	705
HANA PADYŠÁKOVÁ, EVA MUSILOVÁ Ochrana zdravia sestier v súvislosti s fyzickou námahou pri práci	715
HANA PADYŠÁKOVÁ, EVA MUSILOVÁ Rehabilitačné ošetrovateľstvo	724
DOMINIKA PASIERB, EDYTA BARNAŚ, RENATA RAŚ, JOLANTA WAŁA Perspektywy podjęcia pracy w Polsce lub zagranicą w opinii studentów pielęgniarstwa i położnictwa.....	731
ĽUBA PAVELOVÁ Niektoré aspekty komunitnej sociálnej práce	740

BEATA PENAR-ZADARKO, MONIKA BINKOWSKA-BURY, ELZBIETA CIPORA, KRZYSZTOF JAKUBOWSKI Nursing Theories in Practice	745
ĽUBICA POLEDNÍKOVÁ, ALICA SLAMKOVÁ Využitie klasifikačných systémov ošetrovateľstva v praxi	746
ADRIANA REPKOVÁ Štandardizácia použitia aromaterapie na pôrodnej sále	755
ZUZANA RYBÁROVÁ Existuje vzťah medzi obavami z nepríjemných zážitkov a demografickými údajmi u pacientov pred anestéziou?	761
ZUZANA RYBÁROVÁ Automatický externý defibrilátor	770
MARCELA SAPAROVÁ Právni a etické aspekty v geriatrici	775
JANA SEDLIAKOVÁ Využitie e-learningu vo výučbe predmetu ošetrovateľské techniky	780
VICTOR SHATYLO From the Experience in Specialists' Education in Zhytomyr Nursing Institute	790
IVETA SCHUSTEROVÁ Modelovanie emócií v kontexte sebarealizácie zdravotníckeho pracovníka	795
ZUZANA SLEZÁKOVÁ, ADELA KONTRIŠOVÁ Ošetrovateľská dokumentácia ako súčasť kvality ošetrovateľskej starostlivosti	802
ANDREA SOLGAJOVÁ, GABRIELA VÖRÖSOVÁ Moderné trendy ošetrovateľstva v prevencii kardiovaskulárnych ochorení	811
JAROSLAV STANČIAK, JOZEF NOVOTNÝ, MATÚŠ ALBERT Vedomosti pubescentov a adolescentov o rizikách alkoholu	823
VOLODYMYR SVYRYDIUK, VASYL SVYRYDIUK Prospective Approaches to Forming of Communicative Competence of Students of Master's Degree Program in Nursing	838
OLENA SVYRYDIUK Information and Telecommunication Technologies Based Forming of Professional and Valuable Principles among Students of Higher Medical Education Institutions	852
HANA SVOBODOVÁ Je respektování důstojnosti člověka výjimečnou ctností aneb zamyšlení nad tím, jak učit důstojnému přístupu k nemocným	866
ZUZANA ŠENKÁROVÁ, HELENA KADUČÁKOVÁ Vybrané ošetrovateľské diagnózy súvisiace so stresom a ich objektivizácia	876

DARINA ŠIMOVCOVÁ, OLGA LACKOVÁ Kognitívno-behaviorálna terapia v psychiatrickom ošetrovatelstve pri liečbe depresie ...	882
JANA ŠTEFÁNIKOVÁ, MATÚŠ ALBERT, JOZEF NOVOTNÝ Bolesť chrbta a kvalita života	889
EMÓKE TAKÁCSOVÁ, ADRIANA REPKOVÁ, JANKA HRABČÁKOVÁ Vplyv PFP (psychofyzickej prípravy na pôrod) na tlmenie pôrodnej bolesti	896
EMÓKE TAKÁCSOVÁ, ADRIANA REPKOVÁ, JANKA HRABČÁKOVÁ Fyzikálne metódy tlmenia pôrodnej bolesti.....	904
MAGDA TALIÁNOVÁ, MARKÉTA MORAVCOVÁ, MARTINA JEDLINSKÁ Hodnotící a měřící škály v ošetrovatelské praxi	907
VIERA TEREKOVÁ, LUDMILA KUBICOVÁ, MAGDA OZOGÁNYOVÁ Kvalita života u pacientov s psoriázou	915
IRENA TOČÍKOVÁ, ALŽBĚTA JANEČKOVÁ Sestra v očích veřejnosti.....	924
IVANA TOMKOVÁ, JANA MICHŇOVÁ Účast' sestier v edukačných programoch chorých s akútnymi koronárnymi syndrómami	934
ŠÁRKA TOMOVÁ, HANA NIKODEMOVÁ Didaktika z pohľadu zdravotníckeho pracovníka.....	942
JAROMÍR TUPÝ, OLGA CHRENKOVÁ, MIRIAM TUPÁ, ANTON LACKO Neinvazívne posúdenie stresoidnej reakcie metódou variability srdcovej frekvencie.....	949
IVETA VAŠINOVÁ, TOMÁŠ KŘEŠŤAN, PETRA VOJTOVÁ Sociální aspekty cirkadiálních rytmů u adolescentů	959
MICHAELA VICÁŇOVÁ Ošetrovateľská starostlivosť na protialkoholickej liečbe z pohľadu pacienta	969
GABRIELA VÖRÖSOVÁ, ANDREA SOLGAJOVÁ Aspekty zdravia v štandardnej terminológii ošetrovatelstva	979
YVETTA VRUBLOVÁ Vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek v České republice	987
PAVEL ZAHRADNÍČEK Krizová připravenost zdravotnictví – součást výuky Vysoké školy polytechnické Jihlava	98791
EVA ZACHAROVÁ Úloha komunikace v ošetrovateľskej péči	1001
EVA ZACHAROVÁ, IVICA GULÁŠOVÁ Empatie jako pomocník při zkvalitňování ošetrovateľskej péče	1007

MÁRIA ZAMBORIOVÁ, VIERA SIMOČKOVÁ Reflexia predsudkov v ošetrovateľskej praxi	1012
KATARÍNA ZRUBÁKOVÁ, KATARÍNA SCHLOSSEROVÁ, ZUZANA DUBNÁ Ošetrovateľská starostlivosť a jej význam v prevencii poresuscitačných komplikácií pacientov	1022
DANA ZRUBCOVÁ Aspekty kvality života pacientov so psychózou	1033
MARIE ZVONIČKOVÁ, JAN SLOVÁK Problematika utrpení a soucitu v ošetrovateľské péči.....	1039
BARBARA ZYCH, KAROLINA PITYŇSKA, EDYTA BARNAŠ, ELŽBIETA KRAŠNIANIN The Knowledge and Attitudes of Midwives in the Field of the Early Developmental Stimulation of a Newborn Infant	1044
ELENA ŽIAKOVÁ Možnosti včasnej fyzioterapeutickej intervencie u predčasne narodeného dieťaťa.....	1055
ELENA ŽIAKOVÁ, PAVOL SIVÁK Vplyv terapie zariadenia Lokomat na kvalitu života pacienta s DMO z pohľadu rodiča.....	1066

SPIRITUALITA V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ

Marcela Babická

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Esej poskytuje náhled na všeobecně lidskou touhu dospět k transcenci. Popisují součásti spirituality v umírání, které jsou společné věřícím a lidem bez náboženského vyznání.

Klíčová slova

Spiritualita, transcendence, umírání, smrt.

Abstract

The essay provides insight into the general human desire to reach transcendence. Describe the components of spirituality in dying that are common to believers and people without religion.

Key words

Spirituality, transcendence, die, death.

A on pravil:

Chtěli byste poznat tajemství smrti.

Jak je však můžete nalézt, nebudete-li je hledat v srdci života?

Sova, jejíž oči uvyklé noci jsou ve dne slepé, nemůže odhalit tajemství světla.

Chcete-li opravdu spatřit ducha smrti, otevřete dokořán své srdce tělu života.

Neboť život a smrt jsou jedno, stejně jako jsou jedno řeka a moře.

Chalíl Džibrán, Prorok, O smrti

Úvod

Víra, utrpení a smrt provázejí lidský život, ačkoliv po většinu jeho trvání jsou skryty pod praktickou každodenností. Víme, že zemřeme. Svou prací den za dnem naplňujeme život smyslem a současně se stále přibližujeme k okamžiku smrti. Měli bychom mít na mysli, že až budeme umírat, strávíme možná velmi mnoho času přemýšlením o tom, jak žijeme nyní. „Zdá se, že hlavním důvodem je schopnost kontinuálního vnímání času, zkušenosti a paměti člověka předávané z generace na generaci, co každému jednotlivci umožňuje individuální a existenciální prožitek časovosti jeho vlastní existence s počátkem a koncem.“¹ Existují situace, ve kterých je člověk konfrontován s marností. Jeho mysl se pak upíná k záchraně.

¹ Prokop, 2008, s. 210.

Duchovní princip lidské bytosti je v jazycích rozdílně vyjadřován. Slovo spiritualita pochází z latinského spiritus – duch. Vzhledem k neurčitosti pojmu Jiří Prokop vymezuje konstitutivní prvky spirituality. Náleží sem duchovní dimenze jakožto obsah prožívání, kterému člověk přisuzuje mimořádný význam. Odvozuje se od ní vlastní hodnotový systém jednotlivce. Součástí spirituality je také způsob života, který člověka přivádí k duchovní bytosti nebo podstatě jako základům světa. Ve smyslu respektování posvátného je spiritualita charakteristická právě tím, že nezbytně nemá vztah k náboženství. Také schopnost vnímat vnitřní a vnější krásu je vlastně spiritualitou prostřednictvím citu pro všeobecnou harmonii.²

V našem kulturním prostředí dosud převládá přesvědčení, že spiritualita existuje výhradně ve vztahu s religiozitou. To je však její velmi redukované pojetí, neboť jednak má mnohem širší souvislosti vzhledem k mnohosti forem duchovního života, jednak se nacházejí různé druhy spirituality v rámci křesťanství a jiných náboženských vyznání. Kritériem křesťanství je víra v Ježíše Krista. Nadpis první kapitoly Nového zákona zní: „Milovat budeš Pána, svého Boha, celým srdcem, celou duší a celou silou.“ Víra je nutným předpokladem přikázání mravního projevu lásky, která doprovází věřícího člověka po celý život. Lidská naděje je vztahována k nebi jako k zaslíbené zemi, cesta do ní je však určována zkouškami. „Je pravděpodobné, že věřící jakékoliv konfese snadněji akceptují transcendentální polohu naděje. Je jisté, že i nevěřící pochopí vícerozměrnou funkci naděje poté, co ona reálná i parciálně reálná nemá šanci na úspěch.“³

Křesťanství předpokládá neredukované uznání duchovní skutečnosti. Příslušníci katolické církve mají povinnost existenciálně ji schválit a zajistit tak stálou přítomnost jejího vlivu ve svém životě. Plní sociální role, v jejichž rámci člověk přijímá a dává. Prokazují čistotu ducha čestným jednáním, čistotu srdce jednáním v duchu solidarity a čistotu těla udržováním harmonie osobnosti. Respektují řád hodnot preferováním vyšších oproti nižším.⁴ Vyznání katolické víry tedy znamená považovat za závazná přikázání starého zvykového církevního práva. „Křesťanská dokonalost se dosahuje vírou, trpělivostí v utrpení a láskou k člověku.“⁵ Utrpení je nutnou součástí lidského života. Na vysvobození z utrpení není nárok nyní, naděje na vykoupení svítá až v životě po smrti. Smrt bývá vnímána jako návrat z dočasného pozemského života domů do života věčného. Křesťanství přistupuje k utrpení cestou milosrdenství a pomoci trpícím.

Ve společnosti postupně převládla nad vírou v Boha racionalita a negace posmrtné perspektivy. Navíc spiritualita umírání je univerzální, tedy všem lidem společná, stejně jako je jim společné vědomí blízkosti smrti. Elisabeth Kúbler Rossová dospěla k tomuto zjištění prostřednictvím sociologické studie v oblasti umírání, kterou zahájila v polovině 60. let 20. století. „Pacienti věřící v Boha se podle našich zkušeností lišili od nevěřících jen málo. Těžko navíc zjišťovat nějaký rozdíl, pokud předem jasně nedefinujeme, co si představujeme

² Prokop, 2008, s. 210.

³ Haškovcová, 1991, s. 305.

⁴ Skoblík, 2004, s. 258 – 259.

⁵ Skoblík, 2004, s. 54.

pod slovem „věřící“. Třeba ovšem říci, že jsme nenašli mnoho lidí s opravdu hlubokou vírou. Těm několika víra skutečně pomáhala a nejlépe se snad dají srovnat s těmi nemnohými pacienty, kteří zase byli přesvědčenými ateisty. Většina nemocných se pohybovala uprostřed a jejich přesvědčení nebylo tak silné, aby jim dostatečně pomohlo překonat konflikty a strach.“⁶

Postmoderní společnost používá k vysvětlení světa mnoho alternativních přístupů. Profesorka Helena Haškovcová soudí, že lidé se zpravidla považují za nevěřící ve smyslu nepřijetí personifikované představy boha, aniž by uvědoměle pracovali na svém světovém názoru s jiným základem než vírou v transcendingící skutečnost. Až v nemoci jako situaci nadlimitní zátěže zjišťují, že dosud neformulovali vlastní názor na svět a své postavení v něm, pomocí něhož by zodpověděli existenciální otázky. Potřeba přičítat vinu za umírání, která dominuje obrazu prožívání nemoci v některých jeho fázích, odvádí člověka od reality v utrpení do trýzně naivních pokusů o myšlenkové přípravy na příchod smrti. Formy této nevědomé ochrany bývají například fatalistické.⁷

Duchovní služba nemocnému se odvozuje od jeho vlastního způsobu prožívání. Z hlediska dynamiky spirituality se každý člověk nachází v určité fázi ve smyslu jejího vývoje nebo potlačení. Vnímá osobitým způsobem vymezení svého života hranicemi narození a smrti. Usiluje o jejich přesažení uskutečňováním uznávaných hodnot. „Konečnost, pomíjejícnost je tedy nejen podstatný znak lidského života, nýbrž je také konstitutivní pro jeho smysl. Smysl lidské existence se zakládá na jejím ireverzibilním charakteru.“⁸ Období umírání, které doprovází nevléčitelnou nemoc, je zpravidla časem významné realizace nebo proměny spirituality člověka. Právě mysl člověka jdoucího k smrti se soustřeďuje na umírání a přesažení sebe sama. Z hlediska ohraničení lidského života počátkem a koncem považují za důležité uvést, že některé odborné autority spatřují v době bezprostředního nástupu smrti paralelu porodu. Umírající člověk skutečně pracuje k smrti a lidé u jeho lůžka na zbývající čas úplně převzou péči o jeho tělo. Ira Byock ve své knize píše o posledním daru, který jeho umírající otec věnoval rodině, když jí dovolil, aby o něho v synově domácnosti cele pečovala. „V těchto chvílích byla práce spojená s umíráním čistě tělesná, jako práce při porodu. Ano, byla to těžká práce, a napadlo mě, jak případně má angličtina pro porod i jakoukoli jinou těžkou práci stejný termín (labour).“⁹

Charakter intervencí ve spirituální oblasti je zcela specifický a odlišný od biopsychosociální péče o nemocného, jejímž cílem je saturace fyzických a psychosociálních potřeb. Mohli bychom si představit, že zatímco například potřebu potravy nebo sociálního kontaktu naplňujeme prostřednictvím nutriční péče nebo umožňováním návštěv nemocného rodinnými příslušníky, spiritualitu ošetřujeme odpověďmi na jeho otázky po příčině a smyslu. „Je to starost o maximální záchranu člověka s akceptací jeho kosmologického konceptu – tj. se zaměřením k jeho transcendenci.“¹⁰ Na rozdíl od komplexů péče o tělo a psychosociální péče, podstatou je zde služba člověku, který o ni projeví zájem. Lidé, kteří poskytují nemocným

⁶ Kübler-Rossová, 1992, s. 229.

⁷ Srov. Haškovcová, 1991, s. 172 – 173.

⁸ Frankl, 1994, s. 80.

⁹ Byock, 2005, s. 41.

¹⁰ Prokop, 2008, s. 220.

spirituální službu, bývají členy multidisciplinárních týmů pro paliativní péči. V rámci přístupu k umírání nemocných, při kterém je podporujeme a doprovázíme až k smrti, máme vždy na mysli cíle poslední části života, jimiž jsou přijetí sebe sama a odpuštění domnělých a skutečných vin sobě i ostatním. Lidské umírání má mnoho podob. Tragédie smrti dětí a dospívajících lidí nemůže být přijata, aniž by truchlící rodiče neprožili hlubokou ztrátu smyslu. Umírání rodičů malých dětí doprovází neochota opustit život a rozhodnutí nepoddat se násilí smrti. Bojují o čas a nenaleznou transcendentní klid. Z hlediska zdravotníka je důležité uvědomění si vlastního názoru na svět, problematických míst svého života, charakterových rysů, zvyklostí v jednání, životních cílů a způsobů zvládnání náročných situací. „Pokud někoho doprovázíme ke smrti, měli bychom sami sebe dobře znát a vědět, co od sebe v této obtížné a případně i zraňující situaci můžeme očekávat. Musíme si uvědomovat svou i pacientovu historii. Náš osobní postoj k životu pacienta ovlivňuje a nastavuje u něj subjektivní míru hodnocení při posuzování závažnosti jeho problému.“¹¹

Spirituální služba se vztahuje k duchovnímu utrpení, které je součástí konceptu celkové bolesti vypracovaného významnou osobností světového hospicového hnutí Cicely Saundersovou. Pacientem, který ji rozhodujícím způsobem ovlivnil při práci v St. Joseph's Hospice, byl polský Žid, který zemřel ve věku čtyřiceti let. V posledních měsících jeho života trávila mnoho času tím, že mu naslouchala a rozmlouvala s ním. Po Davidově smrti v únoru 1948 byla Cicely Saundersová přesvědčena, že vykonal cestu zpět k víře svého otce a vlastní klidné důstojnosti ve svobodě ducha. Jeho prostřednictvím dospěla k nesmírně cennému poznání toho, co od nás umírající nemocní žádají. Uvědomila si psychologické a spirituální potřeby umírajících, kteří byli často izolováni a osamoceni.¹² „Tudíž upřímnost, péče, jež vychází ze srdce a svobody ducha, jsou, myslím, základem paliativní péče.“¹³

K orientaci v oblasti spirituality umírajících lidí můžeme použít kritérium, pomocí kterého rozlišíme mezi náhlou bezprostřední blízkostí smrti a terminálním stádiem onemocnění v rámci paliativní péče. „Na smrti jako části životního cyklu je nejdůležitější její předvídatelnost.“¹⁴ Nevyléčitelná onemocnění jsou ve srovnání s akutně smrtelnými nemocemi doprovázena relativně dlouhým obdobím umírání. Nemocní dostávají příležitost přemýšlet o důsledcích své smrti pro osoby ve svém sociálním okolí. Mají čas se připravit a rozloučit se s blízkými. Mohou dosáhnout uspokojivého závěru života pro sebe i například pro své děti. Kolik času ve skutečnosti člověk bude mít, velmi závisí na tom, do kterého okamžiku smrti popírá. „Často jsem byla ohromena tím, jak zpráva o blížící se smrti byla naprostým překvapením, jako by dotyčným tato možnost nikdy nepřišla na mysl. Jen výjimečně pacienti nebyli překvapeni, například hluboce věřící pacient, který řekl, že vždycky považoval život jen za dočasnou záležitost, něco jako učení, ze kterého by mohl být povolán v kteroukoli chvíli. Nebál se smrti, protože vedla k opravdovému životu na onom světě. Je

¹¹ Schütze-Kreilkamp, 2010, s. 197.

¹² Saunders, 1999, s. 75.

¹³ Saunders, 1999, s. 75.

¹⁴ Theová, 2007, s. 25.

těžké určit, jakou roli hrála víra u pacientů, jimiž jsem se zabývala. Téměř všichni byli věřící a báli se smrti.¹⁵

V literatuře se setkáváme s pojmy zážitek blízkosti smrti a vědomí blízkosti smrti. Výzkumem vzorců komunikace svých umírajících nemocných se zabývaly sestry Maggie Callananová a Patricie Kelleyová. „Čím více se pacienti blížili smrti, tím více jako by si uvědomovali různé lidi, místa i věci. Tato schopnost uvědomování se rozvíjela znenáhla a postupně, jako by se pohybovali mezi plným vědomím pozemské existence a tušením té další, a toto uvědomování se s blížící se smrtí prohlubovalo. Tři klíčová slova tedy byla vědomí, blízkost, smrt. Proto jsme zvolily název vědomí blízkosti smrti.“¹⁶ Při doprovázení nemocných učinily mnohá zjištění, která potvrzují, že kontakt pomáhajících profesionálů a příslušníků rodin s těmito lidmi může být za určitých okolností výjimečnou a nenahraditelnou životní zkušeností. Z hlediska obsahu rozdělily analyzovaná sdělení do dvou hlavních kategorií. „Do první kategorie spadaly popisy pacientových zážitků: že se ocitli ve společnosti někoho, kdo již nežije, že je třeba připravit se na cestu nebo na změnu, zmínky o místech, která mohou navštívit jen oni sami, a vědomí, kdy jejich smrt nastane. Druhá kategorie zahrnovala sdělení o někom nebo o něčem, co je pro pokojnou smrt nezbytné: přání urovnat osobní, duševní nebo mravní vztahy a snaha odstranit bariéry bránící pokojnému odchodu.“¹⁷

Studiem prožitků blízkosti smrti se zabýval americký filozof a lékař Raymond Moody, který poprvé ve svém životě potkal člověka se zážitkem klinické smrti v roce 1965. Zjistil, že intrapsychické jevy lidí resuscitovaných po tom, co byli prohlášeni za mrtvé, vykazují některé společné znaky. „Člověk umírá a v okamžiku, kdy dosahuje nejvyšší tělesné tísně, slyší, jak jeho lékař prohlašuje, že zemřel. Slyší nepříjemný zvuk, hlasité zvonění nebo bzučení a současně cítí, že se velmi rychle pohybuje nějakým dlouhým temným tunelem. Pak se ocitá náhle mimo své fyzické tělo, ale stále ještě v jeho bezprostřední blízkosti, a vidí své tělo z povzdálí jako divák.“¹⁸ Do obrazu prožitku blízkosti smrti patří také setkání s dušemi zemřelých příslušníků rodiny a dosud nikdy nepoznanou bytostí ze světla. Rychle se odvíjí panoramatická projekce důležitých událostí života. V okamžiku přiblížení se k hranici pozemského života člověk náhle shledává, že se musí vrátit zpět.¹⁹ Všeobecně známý model je společný mnoha případům lidí, kteří se nacházeli na hranici smrti. Ústředním motivem všech těchto prožitků je světlo na konci temnoty, které symbolizuje nadpozemskou naději. Prožitky blízkosti smrti jsou významné právě z hlediska vývoje spirituality jedinců, jejichž součást životní zkušenosti tvoří. Všichni od tohoto okamžiku věří v transcendentní skutečnost. Zážitek blízkosti smrti bychom vlastně mohli považovat za určitý bod, ve kterém se setkává zkušenost z mezní situace, kterou disponuje velmi malá skupina lidí, s mnohem více se vyskytujícími představami, že něco následuje po smrti. Pravděpodobně je na světě méně lidí, kteří jsou ochotni uvažovat o naprosté nicotě po životě.

¹⁵ Theová, 2007, s. 182.

¹⁶ Callananová, Kelleyová, 1992, s. 35.

¹⁷ Callananová, Kelleyová, 1992, s. 35.

¹⁸ Moody, 1991, s. 16.

¹⁹ Moody, 1991, s. 16.

Elisabeth Kúbler Rossová zahájila spolupráci s umírajícími formou interdisciplinárních seminářů vedených od roku 1965 v nemocnici při chicagské univerzitě. Vzhledem k její psychiatrické odbornosti ji oslovili studenti lékařství se žádostí o pomoc při realizaci výzkumného projektu na téma krize v lidském životě. Studenti za nejtěžší lidskou situaci považovali právě konfrontaci se smrtí. „Okamžitě ovšem vyvstala pochopitelná a přirozená otázka: jakým způsobem vlastně umírání zkoumat, když právě o něm je téměř nemožné získat nějaké informace, a pokud přece, nelze je nijak potvrdit či experimentálně ověřit. Sešli jsme se všichni společně a došli k závěru, že o smrti a umírání bychom se mohli dozvědět nejvíce od terminálně nemocných pacientů a rozhodli jsme se tedy, že je požádáme, aby se stali našimi učiteli.“²⁰ Semináře, při nichž doktorka Kúbler Rossová spolu s duchovním prováděli interview s nemocným v terminálním stádiu nemoci, probíhaly za účasti lékařů, sester, příslušníků dalších pomáhajících profesí a skupiny studentů. K případu nemocného vždy následně proběhla odborná diskuse jako nedílná součást semináře. V průběhu této dlouhodobé pedagogické a vědecké aktivity byly odhaleny zákonitosti psychického procesu doprovázejícího umírání. Na konci individuální cesty se nacházejí smíření se s konečností a její smysl. Spiritualita člověka konfrontovaného se smrtí tedy vždy obsahuje existenciální otázky. K posledním cílům vede náročná cesta, na jejímž začátku je situace chaotická a nemocný nemá nad jejím vývojem kontrolu.

Úzkost ze smrti a zoufalství ze ztráty jsou trýznivé. Míra utrpení z umírání je ovlivněna zdroji smyslu v životě, zejména osobnostními vlastnostmi, hodnotovou hierarchií, sociokulturními a náboženskými postoji, osobní historií a vztahy k druhým lidem. Čiré zoufalství člověka v době po oznámení nepříznivých zpráv o jeho zdravotním stavu doprovází existenciální krize. Tázání po příčině a smyslu je intenzivní v období po sdělení diagnózy a jeho naléhavost se vrací v čase bezprostřední blízkosti smrti. Délka časového rozestupu mezi těmito exponovanými obdobími se v jednotlivých případech nemocných velmi liší. Mohou to být měsíce stejně jako roky. V onkologii se jedná například o dobu od remise, která následuje po první linii chemoterapie, do prvního relapsu onemocnění. Nemocní potřebují čas, aby se myšlenkově propracovali k uvědomění si blížící se smrti. To přichází ve fázi psychické odezvy, kdy jsou dostatečně emočně vnímaví, aby poznali, že život se uzavírá. Vědomí blízkosti smrti je v některých případech latentní a může se lišit v závislosti na situaci. Bývá obtížné poznat, zda a do jaké míry si je této skutečnosti člověk vědom, protože existují rozpory v jeho sděleních. Přes svou nekonzistentnost mohou docela dobře být nemocným myšlena zcela upřímně. Vedle sebe potom stojí například plánování budoucnosti a pokyny, které uděluje členům své rodiny na dobu po své smrti. „Příběh o uzdravení je dovyprávěn a pacient si protrpí strach, úzkost a starosti v skrytu a v tichosti. Proto jsem nejdříve vnímala jen vyprávění o uzdravení, později si povšimla příběhu o zoufalství a nakonec jsem si uvědomila, že obojí bylo spředeno do jediné reality.“²¹ Někteří nemocní hovoří o smrti pouze pomocí symboliky. „Je velmi důležité, abychom si osvojili a byli schopni dalším osobám předávat symbolickou řeč, kterou používá mnoho našich pacientů v okamžiku, kdy se nedokážou vyrovnat se svými potížemi a ještě nejsou připraveni otevřeně hovořit o smrti a umírání.

²⁰ Kúbler Rossová, 1992, s. 19 – 20.

²¹ Theová, 2007, s. 203.

Používají tedy tu stejnou 'tajnou' řeč, jako když si nejsou jisti reakcí okolí nebo pokud u ošetřujícího personálu a u rodinných příslušníků vyvolávají větší úzkost, než pociťují sami.²² Odpoutávání se od života je doprovázeno nesmírným žalem. Ursula Schütze-Kreilkamp uvádí některé z mnoha možných otázek lékaře, které u nemocného podporující zpracování smutku. Psychoonkolog prostřednictvím pacientova příběhu poznává objekty a situace, které jsou předmětem truchlení. „Představte, si že stojíte na nejvyšším vrcholku krajiny své duše, rozhlížíte se kolem a ptáte se, zda všechno, co vidíte, bylo hezké a dobré. Vyprávějte o propastech samoty, soutěskách strachu a pochybností, o pláních a pouštích zklamání ze sebe a/nebo druhých. Když si představíte, že každý z nás má tady na zemi splnit nějaký úkol, co bylo tím vaším? Ještě chvíli zůstaňte v krajině svého dětství a snažte se znovu zaslechnout staré hlasy. O jakých hodnotách, normách a úkolech se ve vaší rodině hovořilo, čemu se věřilo, podle čeho se žilo?“²³

Životní role člověka, který se nachází v terminálním období nemoci, bývá doprovázena omezením nebo ztrátou soběstačnosti a nezbytností přijímat pomoc jiných lidí. Někteří nemocní se teprve nyní musí naučit přijímat pomoc při uspokojování svých fyzických potřeb, aniž by byla poškozena jejich vlastní představa důstojnosti plynoucí z osobní nezávislosti. Obraz sebe sama a budoucnost jsou otřeseny. Mizí perspektiva, ve které mohou být řešeny problémy, plněny povinnosti, udržovány vztahy a realizovány plány. Nemocný potřebuje podporu ve své snaze o přijetí se a odpuštění, aby se ze stavu beznaděje mohl posunout k aktivnímu jednání na základě svého vlastního rozhodování, ale také k pokoře a schopnosti být vděčný. Umírající člověk potřebuje vytvořit kontinuitu mezi předcházejícími obdobími života a současnou náročnou situací tak, aby končící život tvořil smysluplný a srozumitelný celek. „Úkol, který spočívá v dosažení transcendentních milníků, zahrnuje uchopení nového smyslu sebe sama, transformaci ze světské osoby do nové duchovní identity. Staré lidské já včetně bolesti z osobní ztráty pomalu mizí a ohnisko zájmu člověka se přesouvá k duchovním záležitostem. Jediným nezbytným úkolem zde je toto „nové“ uznat a připustit, že zakoušená lidská identita je proměnlivá a že se vyvíjí daleko smysluplnějším směrem.“²⁴ Umírající potřebuje nalézt smíření, odpustit sobě to, čím ublížil jiným lidem a co už nebude moci být odčiněno. V praxi paliativní péče se pomáhající profesionálové setkávají s případy nemocných, kteří zemřou bezprostředně potom, co projevíli lítost nad svými činy v minulosti a bylo jim postiženou blízkou osobou odpuštěno. V situacích, kdy se nemocný vrací ke svému životu, který je vzpomínkami spojen znovuprožitím bolesti s těžkými obdobími, bývají i osoby z jeho okolí vystaveny emocionální zátěži. Akceptujme všechny jeho projevy, aniž bychom se pokusili je ovlivnit. Pro nemocné bývá velmi úlevné poznání, že to, s čím se po celý život srovnávali, bylo nereálné už ze své podstaty. Nesplněná přání a nenaplněné touhy si uloží do kategorie nesplnitelných. „A jaký klid do duše vnese poznání, že již pouhá snaha o dosažení určitých hodnot je dobrem samým.“²⁵

²² Schütze-Kreilkamp, 2010, s. 200.

²³ Schütze-Kreilkamp, 2010, s. 204.

²⁴ Byock, 2005, s. 269.

²⁵ Schütze-Kreilkamp, 2010, s. 200.

Ošetřovala jsem terminálně nemocné. Byly mezi nimi i ženy, které až do pozdních stádií nemoci skrývaly karcinom prsu. Zdánlivě nevysvětlitelným důvodem bylo podle mého soudu extrémní popření, které nějakým způsobem obsahovalo odevzdanost. Přestože většina z nich zemřela před lety, pamatuji si dodnes jejich jména, tváře a rány v oblasti prsu, který byl zcela destruován nádorem. Exulcerovaný karcinom často bývá rozsáhlým ložiskem s výraznou zápachající sekrecí. Z rozvíjejících se příznaků, pozorovaných na svém těle, správně usuzovaly na zhoubný nádor. Přesto nevyhledaly lékařskou pomoc, dokud nebyla integrita kůže porušena, ani dlouho po tom, co musely svou prosakující ránu začít ošetřovat a skrývat i v soukromí. Zvětšování rozsahu nádoru a bolest vytěsňovaly ze své pozornosti například až do okamžiku klinického vyšetření při příjmu pro náhlé zhoršení zdravotního stavu. Všem těmto nemocným byl společný stoický klid nebo spíše rezignovanost. Procházely opakovanými hospitalizacemi nebo ambulantní péčí bez zjevných emočních reakcí. Přemýšlela jsem, uvědomují – li si, jaké důsledky bude mít jejich vysoce nebezpečné chování. Životní situace samozřejmě ovlivňuje způsob, jakým je nemoc myšlenkově zpracována. Nemocný člověk chrání své blízké tím, že před nimi ukrývá symptomy nemoci. Může být přesvědčen o své odpovědnosti za nejbližší osoby nebo o vině na událostech, které se v minulosti v jeho rodině staly. Pozoruje vývoj symptomů a iracionálně je zpracovává jako důsledky událostí, za něž se cítí vinen. S velkou pravděpodobností se v pozdní fázi nemoci dostane do péče specialisty. S nástupem účinku chemoterapie souvisí výrazná regrese klinického nálezu v oblasti maligní rány. Pacientky se mezi jednotlivými cykly chemoterapie fyzicky postupně zotavují. Během tohoto období relativního klidu zavládnou mezi nemocnými a jejich rodinnými příslušníky neoprávněný optimismus a naděje na uzdravení. V této fázi onemocnění pacientky často mylně interpretují sdělení lékaře jako informace o vyléčení. Avšak vzhledem ke skutečnosti, že došlo ke generalizaci karcinomu, onemocnění velmi rychle postupuje. Skutečné pochopení smrti zůstalo retardováno ve srovnání s akcelerovaným klinickým průběhem jeho nemoci. Pacientky umíraly v nemocniční péči, a přestože navštěvovány rodinnými příslušníky, myslím, že zůstaly v citovém osamění.

Klíčový význam pro onkologické pacienty a jejich rodinné příslušníky mají lékaři. Mají rozdílné styly provádění praxe, které souvisejí s představami o povaze lékařského povolání, odbornými zájmy, osobnostními vlastnostmi a mravními postoji. To ovlivňuje způsoby rozhodování a jednání lékařů a také způsob, jakým informují své pacienty. Lékaři poskytují nemocným nejdůležitější informace vztahující se k diagnóze a prognóze nemoci. V jejich rukou spočívají rozhodovací pravomoci pro léčebný postup. Vážně nemocný člověk však potřebuje zejména vědomí, že mu lékař bude naslouchat. Do značné míry ovlivňuje způsob, jakým nemocný člověk prožije své umírání tím, že do existenční nejistoty prostřednictvím krátkodobé perspektivy vnáší řád a aktivitu. Komunikace lékaře a nemocného zpravidla probíhá v krátkodobém časovém horizontu. Prostřednictvím chemoterapie, která sleduje indikované schéma, je krátkodobá perspektiva přesně definována. V průběhu chemoterapie se rozhovory soustřeďují na vedlejší účinky cytostatik, výsledky laboratorních analýz, výsledky vyšetření zobrazovacími metodami, plánování aplikací chemoterapie a dalších diagnostických a terapeutických postupů. V případě progresu nádoru je krátkodobá perspektiva modifikována například zahájením další linie chemoterapie. „Krátkodobá perspektiva uspořádává proces

nemoci pro pacienta a jeho příbuzné a činí toto těžké období přehledným a zvládnutelným.²⁶ Proces informování nemocného je stupňovitý, sleduje určitý směr a neobsahuje dlouhodobou perspektivu. „Lékaři nejsou ochotni mluvit s pacienty o prognóze také z důvodu, že přesně stanovené datum smrti by mohlo mít na pacienta ochromující účinek a soustředil by se jen na ně, takže zbytek svého času by strávil počítáním svých dní.“²⁷

Podstatou naděje umírajících je záchrana. „Ideje, iluze, představy i snění nemocných jsou komplementární tísní reálné situace nemoci; mají však charakter nikoliv výzvy k uskutečnění, ale stávají se záchranou. Proto všechny tyto formy lidské reakce na nouzi musíme brát vážně a nemůžeme je ve světě spoutaných životů interpretovat jako způsob doufání. Jako iracionální naději.“²⁸ Pacient je zodpovědný za udržování své naděje. Dokud není připraven na přijetí nepříznivých zpráv o vývoji svého zdravotního stavu a není jim tedy přístupný, neuslyší je. Rozpor mezi uchovávanou nadějí a rychle se zhoršujícím fyzickým stavem lidí s maligním onemocněním se postupně zvětšuje. Odebráním naděje však může být člověk zbaven vůle podstupovat paliativní chemoterapii. „Tenounké předivo pavučiny je robustní stavbou proti nitkám, které spřádají naději. Nitky jsou křehké, těžko se o nich někdy hovoří, nemocného ovládá strach, že by mohly povolit, nevydržet, přervat záchranu. Naděje je vysoce individuálně zabarvená, je osobním tajemstvím a hájemstvím, do kterého je někdy dovoleno nahlédnout druhému, ale které si nesmíme přivlastnit. Nepatří nám. Je vlastní pouze pro toho, kdo ji v potu vystavěl. Ponechme mu ji, nebourejme ji, a ani ji nepodpírejme trámy; nehodily by se tam. Zajistíme pouze možnost proto, aby tryskala.“²⁹ Naděje na vyléčení je v určité fázi nemoci rozbita. To může učinit pouze lékař, v jehož odborné péči se nemocný nachází tím, že soustředí svá sdělení na klinický obraz nemoci. Umírající zpravidla neprojevuje hněv ani nespokojenost. Je unavený, umírá a uzavírá se. Stále více se obrací od ostatních lidí do sebe. „Smrt je kosmický zvon, jehož vyzvánění slyšíme slabounce už od počátku života. Když nám jeho hřímání začne působit bolest v uších a rozechvívat náš hrudník, jak těžké musí být zůstat otevřený!“³⁰

Použitá literatura

- [1] Angenend, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V.: Psychoonkologie v praxi. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-781-7
- [2] Byock, I.: Dobré umírání. Možnosti pokojného konce života. Praha: Vyšehrad, Cesta domů. 2005. ISBN 80-7021-797-9
- [3] Callananová, M., Kelleyová, P.: Poslední dary. Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. Praha: Cesta domů, Vyšehrad, 1992. ISBN 978-80-87029-24-4
- [4] Frankl, V., E.: Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 1994. ISBN 80-85319-39-X

²⁶ Theová, 2007, s. 192.

²⁷ Theová, 2007, s. 123.

²⁸ Haškovcová, 1991, s. 305 – 306.

²⁹ Haškovcová, 1991, s. 307.

³⁰ Byock, 2005, s. 271

- [5] Haškovcová, H.: Spoutaný život (Kapitoly z psychoonkologie). Praha: Lékařská fakulta UK v Praze, 1991.
- [6] Kübler Ross, E.: On death and Dying. New York: Scribner, 2003. ISBN 0-684-83938-5
- [7] Kübler Rossová, E.: O smrti a umírání. Jiří Královec a agentura Lingua, 1992. ISBN 80-900134-6-5
- [8] Marková, M.: Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1
- [9] Moody, R. A.: Život po životě. Praha: Odeon, 1991. ISBN 50-207-0314-4
- [10] Poláková, J.: Perspektiva naděje. Hledání transcendence v postmoderní době. Praha: Vyšehrad, 1995. ISBN 80-7021-150-4
- [11] Saunders, C.: Hospice and palliative care. London: Edward Arnold, 1991.
- [12] Skoblík, J.: Přehled křesťanské etiky. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-357-1
- [13] Theová, A. - M.: Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4

Kontaktní údaje

PhDr. Marcela Babická
Katedra zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
e-mail: mbabicka@vspj.cz
tel.: + 420 737 590 566

SEBESTAČNOSŤ V AKTIVITÁCH DENNÉHO ŽIVOTA A KOGNITÍVNE FUNKCIE SENIOROV, ICH VPLYV NA ĎALŠIU STAROSTLIVOSŤ

Eva Bajanová

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Klinika geriatrickej, Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice

Abstrakt

Závažnosť odkázanosti v aktivitách denného života u seniorov a kognitívne poruchy výrazne ovplyvňujú poskytovanie starostlivosti. Preto je dôležité v praxi, aby seniori boli v rámci komplexného posúdenia posudzovaní v sebestačnosti a kognitívnych funkciách, čím sa umožní plánovanie možnosti zlepšenia sebaobslužných činností, rehabilitácie, výberu pomôcok, úpravy prostredia a sociálnej pomoci.

Súbor a metodika: Objektom nášho prieskumu bolo 170 pacientov z Kliniky geriatrickej (KG) SZU, kde vyhodnotením Bartelovej testu sme vyhodnotili stav seniorov (mužov a žien) v aktivitách denného života a Folsteinovým testom kognitívnych funkcií MMSE sme posúdili stav seniorov v kognitívnych funkciách. Prieskum sme doplnili analýzou dokumentov, kde sme zistili, aká bola ďalšia starostlivosť o týchto pacientov. Respondenti boli rozdelení do troch vekových skupín: 65-74 rokov (13,5 %); 75-84 rokov (45,3 %); 85 a viac roční (41,2 %).

Výsledky: A) Percento sebestačných žien a mužov v celkovom skóre bolo takmer rovnaké (30,7 % M, 29,5 % Ž). Vo všetkých činnostiach Bartelovej testu boli viac sebestační muži okrem osobnej hygieny. Najviac respondentov bolo sebestačných v činnosti jedenie/pitie, najmenej v chôdzi po schodoch. U mužov sa nepotvrdil vzťah závislosti veku ku zhoršeniu sebestačnosti. Naopak u mužov bola veková skupina 75-84 rokov, kde sme predpokladali zhoršenie funkčného stavu, najsebestačnejšia (43,8 %). U žien bola najsebestačnejšia veková skupina 65-74 rokov (54,5%). B) Normálne kognitívne funkcie malo 43 % mužov a 41 % žien. Čo je lepší výsledok ako v sebestačnosti ADL. Rozdiel medzi mužmi a ženami je nevýrazný (2 %). V jednotlivých vekových skupinách bola u mužov najlepšia opäť skupina 75-84 ročných, u žien najmladšia. C) V následnej starostlivosti sa potvrdilo, že najčastejšou formou starostlivosti o našich seniorov po prepustení je domáca starostlivosť 83 % respondentov (u mužov 90,8 %; u žien 78,1 %). Starostlivosť v sociálnom zariadení malo poskytnutú 8,8 % respondentov; táto bola výraznejšia u žien 11,4 %, u mužov 4,6 %.

Kľúčové slová

Geriatrické posudzovanie, Sebestačnosť starých ľudí, Kognitívne funkcie.

SELF-SUFFICIENCY IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND COGNITIVE FUNCTION OF SENIORS, THEIR IMPACT ON THE FURTHER CARE

Abstract

Severity of dependency in activities of daily living (ADL) and cognitive impairment have deep impact on care provision for senior. For this sake assessment of cognitive status and functioning in ADLs is very important. This process enables to improve rehabilitation, aids provision and choosing of after-care

Patients and methods: The object of our research were 170 patients from the Department of Geriatrics (DG), SMU. The cognitive status was assessed with Folstein test (MMSE). ADLs were assessed with Bartel test. The findings of these assessments were correlated with health care records. The patients were divided into three age groups: 65-74 years (13.5%), 75-84 years (45.3%), 85 and over (41.2%).

Results: A) The percentage of self-sufficient men and women in the total score was nearly identical (30.7% M, 29.5% F). In all the activities Bartel test were more self-reliant men, except for personal hygiene. Most respondents were self-sufficient in activities of eating/drinking, at least in climbing stairs. The age associated deterioration was not confirmed in men. In fact the men age 75-84 were the most self-sufficient group (48,8%) In women the most self-sufficient was the age group 65-74 years (54.5%). B) The normal cognitive function was found in 43 % of men and 41 % of women. The performance in MMSE was better than in the Barthel test. The difference between both sexes was negligible (2 %). The best results were found in 75 -84 old men and women aged 65-74 C) The most frequent after-care was home care which was provided to 83% discharged patients. This form for care was more frequent in males (90.8 %) than in women (78.1 %). The care in institutions was provided to 8,8% patients (11,4 % of women and 4,6 % of men)

Key words

Geriatric Assessment, Self-sufficiency of elderly people, Cognitive functions.

Úvod

Starostlivosť o starého človeka prebieha v ich domácom, prirodzenom prostredí i v prostredí inštitúcie. Narušená sebestačnosť starých ľudí v aktivitách denného života a zhoršovanie kognitívnych funkcií seniorov determinuje možnosť rodiny starať sa o svojho príbuzného. Výrazne ju ovplyvňujú ekonomické a sociálne faktory. Pre poskytnutie správnej starostlivosti, či už v domácom, zdravotníckom alebo sociálnom zariadení je nevyhnutné komplexné geriatrické posúdenie starého človeka, v rámci ktorého je obsiahnuté aj posúdenie sebestačnosti v aktivitách denného života a posúdenie kognitívnych funkcií seniora.

Na základe posúdenia sebestačnosti resp. jej poruchy a určenia stupňa vznikajúcej závislosti sestra plánuje ošetrovateľskú činnosť tak, aby mal starý človek v prostredí v ktorom žije uspokojované všetky základné potreby. V ošetrovateľskej diagnostike sa u seniorov najčastejšie používa test základných denných činností (ADL), test inštrumentálnych denných činností (IADL) a test kognitívnych funkcií (MMSE). Databázu vyšetrení musí sestra doplniť

ešte výsledkami ďalších vyšetrení, ktoré objasňujú príčiny ťažkostí seniora, ako aj zmeny v jeho správaní a tým usmerňujú voľbu ošetrovateľských intervencií (6).

Pri posudzovaní sa nemá brať do úvahy iba celkové skóre, ale jednotlivé zložky. Súčet bodov hodnotí sebestačnosť (pozri tab.č.1). Pri testovaní výkonnosti treba mať na pamäti, že existuje rozdiel medzi aktuálnym a maximálnym výkonom a výkon možno ovplyvniť vhodným prístupom, rehabilitáciou, nácvikom ADL, liečením depresie, používaním pomôcok a úpravou životného prostredia (4).

Tabuľka č. 1 Barthelovej test aktivít denného života

Činnosť	Vykonanie činnosti	Bodové hodnotenie
1) Jedenie, pitie	samostatne, bez pomoci	10
	s pomocou	5
	Nevykoná	0
2) Obliekanie	sám (vrátane šnúrok na topánkach)	10
	s pomocou (polovicu činností zvládne)	5
	nevykoná	0
3) Kúpanie	samostatne, bez pomoci a s pomocou	5
	nevykoná	0
4) Osobná hygiena	sebestačný pri umývaní, holení, česaní a pod	5
	nevykoná, potrebuje pomoc	0
5) Kontinencia stolice	plne kontinentný	10
	občas inkontinentný	5
	inkontinentný	0
6) Kontinencia moču	plne kontinentný	10
	občas inkontinentný (max. 1x denne)	5
	inkontinentný	0
7) Používanie WC	samostatne, bez pomoci	10
	s pomocou	5
	nevykoná	0
8) Presun z lôžka na stoličku	samostatne, bez pomoci	15
	s malou pomocou	10
	vydrží sedieť	5
	nevykoná	0
9) Chôdza po rovine	Samostatne nad 50 m	15
	S pomocou	10
	Sám pohyblivý na kolieskovom kresle	5
	imobilný	0
10) Chôdza po schodoch	samostatne, bez pomoci	10
	s pomocou	5
	nevykoná	0
Súčet bodov:		
<i>Hodnotenie: 100 bodov : úplná sebestačnosť, nezávislý</i> <i>65-95 bodov: ľahký stupeň závislosti</i> <i>45-60 bodov: stredne ťažký stupeň závislosti</i> <i>0-40 bodov: ťažký stupeň závislosti</i>		

Kognitívne funkcie umožňujú pacientovi výber a spracovanie informácií tak, aby sa prispôbil svojmu okoliu a svojmu prostrediu. Medzi tieto funkcie patrí percepcia – príjem informácie, udržanie, triedenie a integrácia informácie, tiež pamäť, učenie, myslenie a expresívne funkcie – reč, kreslenie, mimické vyjadrovanie. Porucha kognitívnych funkcií vedie k poruche exekutívnych – výkonných funkcií, k poruche komunikácie pacienta.

Porucha pamäte - najčastejšie je to porucha vstiepiivosti, pamätanie si nových udalostí ale aj výbavnosti. **Porucha myslenia** – postihnutá je najmä oblasť abstrakcie a logického uvažovania. Stráca sa súdnosť, jedinec nevie odhadnúť svoje vlastné možnosti. S poruchou myslenia úzko súvisí aj **porucha rečových funkcií**. Porucha pamäte a myslenia vedie k **poruche orientácie**. Porucha orientácie vzniká najskôr v priestore, v čase a nakoniec aj vo vlastnej osobe (5). Mini Mental State Examination (MMSE) označovaný ako Folsteinov test (pozri tab. č. 2) bol vypracovaný Folsteinom et al. v roku 1975 ako validný nástroj pre použitie v klinickej praxi určený na orientačnú diagnostiku demencie. Pozostáva z 30 položiek a pokynov testujúcich jednotlivé kognitívne funkcie. Výsledné skóre je ovplyvnené faktormi zo strany seniora: vek, intelekt, vzdelanie, pozornosť, senzorické poškodenie, poškodenie motoriky (Parkinsonova ch.), depresia, symptómy telesných ochorení spôsobujúcich únavu, odpútavajúce pozornosť. Výhodou nástroja je časová nenáročnosť, ľahká administrácia. Je akceptovaná využiteľnosť nástroja s limitáciami zo strany seniora a ošetrovateľskej starostlivosti.

Tabuľka č. 2 **Folsteinov test kognitívnych funkcií** Mini-Mental State Examination

Meno pacienta:	Dátum vyšetrenia:		
I. ORIENTÁCIA	1. Aký je dnes dátum?		0 - 1
	2. Aký deň týždňa je dnes?		0 - 1
	3. Aký mesiac roku je teraz?		0 - 1
	4. Aký je teraz rok?		0 - 1
	5. Aké je teraz ročné obdobie?		0 - 1
	6. V ktorom štáte sme?		0 - 1
	7. V ktorom kraji sme?		0 - 1
	8. V ktorom sme meste?		0 - 1
	9. Ako sa volá táto nemocnica/ budova?		0 - 1
	10. Na ktorom poschodí budovy sa nachádzame?		0 - 1
II. KRÁTKODOBÁ PAMÄŤ:	11. Zafixovanie a zopakovanie troch pojmov?	lopta	0 - 1
		šál	0 - 1
		váza	0 - 1
III. POZORNOSŤ A POČÍTANIE:	12. Odčítavanie 7 od 100 (5 odčítaní)	93	0 - 1
		86	0 - 1
		79	0 - 1
		72	0 - 1
		65	0 - 1
IV. PAMÄŤ:	13. Opakovanie troch pojmov z úlohy 11.	lopta	0 - 1
		šál	0 - 1
		váza	0 - 1
V. VYŠŠIE KOGNITÍVNE FUNKCIE:	14. Spoznanie a pomenovanie hodínok .		0 - 1
	15. Spoznanie a pomenovanie ceruzky.		0 - 1
	16. Opakovanie vety: "Žiadne keď, a alebo ale."		0 - 1
	17. Písaná inštrukcia ("Zatvorte si oči")		0 - 1
	18. Trojstupňový povel (pomocou listu papiera)	uchopenie papiera	0 - 1
		preloženie na polovicu	0 - 1
	položenie na podlahu	0 - 1	
	19. Napísanie vety		0 - 1
	20. Obkreslenie dvoch päťuholníkov		0 - 1
CELKOVÉ SKÓRE			
Hodnotenie: 24-30 norma;		20-23 mierne kognitívne poškodenie;	
10-19 stredné kognitívne poškodenie;		0-9 závažné kognitívne poškodenie	

Vymedzenie problému/otázky: Je nevyhnutná súčasť komplexného geriatrického posudzovania pacienta posudzovanie sebestačnosti v aktivitách denného života a vyšetrenie kognitívnych funkcií, pre zabezpečenie správnej zdravotnej, ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti ?

Ciele prieskumu

- 1) Cieľom prieskumu bolo zistiť funkčný stav v aktivitách denného života (ADL) pomocou štandardizovaného Bartelovej testu u pacientov Kliniky geriatrickej (KG) UNB a SZU vo vekových skupinách: 65-74; 75-84; 85 a viac rokov, zistiť celkový stav; rozdiel medzi mužmi a ženami; rozdiel v jednotlivých vekových skupinách.
- 2) Cieľom prieskumu bolo zistiť mentálny stav pacientov KG UNB a SZU vo vekových skupinách: 65-74; 75-84; 85 a viac rokov Folsteinovým testom kognitívnych funkcií MMSE; zistiť celkový stav; rozdiel medzi mužmi a ženami; rozdiel v jednotlivých vekových skupinách.
- 3) Cieľom prieskumu bolo zistiť následnú starostlivosť o týchto pacientov Kliniky geriatrickej UNB a SZU v jednotlivých vekových skupinách celkovo a porovnať starostlivosť o mužov a ženy.

Hypotézy

- 1) V ADL predpokladáme nárast zhoršenia sebestačnosti po 75 roku, výraznejšie u žien.
- 2) V mentálnom stave predpokladáme nárast zhoršenia funkcie po 75 roku, výraznejšie u žien.
- 3) V následnej starostlivosti predpokladáme výraznú (vysoké %) následnú starostlivosť v domácom prostredí, hlavne u mužov.

Metóda empirického výskumu/prieskumu

Hlavnou metódou empirického výskumu boli štandardizované testy – Bartelovej test aktivít denného života a Folsteinov test kognitívnych funkcií, ktoré boli doplnené obsahovou analýzou dokumentov na zistenie demografických údajov pacientov (vek, pohlavie, stav) a následnej starostlivosti po prepustení z našej kliniky. Bartelovej test obsahoval 10 otázok z oblasti zvládania aktivít denného života (najedenie/pitie, obliekanie, kúpanie, osobná hygiena, kontinencia stolice, kontinencia moču, použitie WC, presun z lôžka na stoličku, chôdza po rovine, chôdza po schodoch s možnosťou odpovede vykonanie činnosti samostatne, s pomocou a nevykoná. Folsteinov test kognitívnych funkcií obsahoval 10 otázok zameraných na orientáciu, pamäť, pozornosť a počítanie, výbavnosť, pomenovanie predmetov, opakovanie vety, trojstupňový príkaz, čítanie a poslúchnutie príkazu, písanie vety, odkreslenie obrázku. Za správne sme považovali odpovede v ktorých sa pacient ani raz nepomýlil. Získané informácie boli spracované numericky, percentuálne a graficky.

Charakteristika výberového súboru

Výberový súbor tvorili geriatrickí pacienti (GP) KG SZU v Špecializovanej geriatrickej nemocnici Podunajské Biskupice. Počet respondentov 170, z toho 38,2% mužov a 61,8 %

žien. Priemerný vek mužov bol 80,68 rokov, priemerný vek žien bol 83,07 rokov. Boli rozdelení aj do 3 vekových skupín. Pozri tabuľku č. 3

Tab.č. 3 Vek GP	n	%	muži / n	muži / %	ženy / n	ženy / %
65-74	23	13,5	12	18,5	11	10,5
75-84	77	45,3	32	49,2	45	42,8
85 a viac	70	41,2	21	32,3	49	46,7
spolu	170	100	65	100	105	100

A) Výsledky posudzovania GP pomocou Bartelovej testu aktivít denného života (ADL)

- Sebestačných v jedení a pití bolo celkovo 69,2 % mužov a 66,7 % žien, najlepšie bola na tom skupina 75-84 rokov v oboch prípadoch (78,1 % M, 77,8 % Ž). V jedení, pití s pomocou boli lepší muži (23,1 % M, 29,5 % Ž). Jedenie, pitie nevykoná bolo viac mužov (7,7 % M, 3,8 % Ž).
- Sebestačných v obliekaní celkovo bolo mužov 46,2 % a 40 % žien. Najlepšie to zvládala u mužov skupina 75-84 rokov (59,4 %) u žien skupina 65-75 rokov (54,5 %). V obliekaní s pomocou boli lepšie ženy (40 % M, 48,6 % Ž). Obliekanie nevykonalo 13,8 % mužov a 11,4 % žien.
- Sebestačných v kúpaní celkovo bolo 41,5 % mužov a 37,1 % žien. Kúpanie najlepšie zvládala skupina 75-84 ročných mužov (56,3 %) u žien najmladšia skupina (48,9 %). Kúpanie s pomocou vykonalo 6,2 % mužov a 26,7 % žien, kúpanie nevykonalo 52,3 % mužov a 36,2 % žien.
- Sebestačných v osobnej hygiene celkovo bolo 55,3 % mužov a 60 % žien. U mužov bola najlepšia skupina 75- 84 ročných (68,8 %), u žien 65-74 ročných (72,7 %). Osobnú hygienu s pomocou vykonalo 7,7 % mužov a 8,6 % žien, nevykonalo 37 % mužov a 31,4 % žien.
- Kontinencia stolice bola celkovo zistená u 52,3 % mužov a 46,7 % žien. U mužov aj u žien bola najviac kontinentná skupina 75-84 ročných (68,7 % M, 62,2 % Ž). Občas inkontinentných bolo viac žien (12,3 % M; 30,4 % Ž). Úplne inkontinentných bolo viac mužov (35,4 % M; 22,9 % Ž).
- Kontinencia moču bola zistená celkovo u 46,2 % mužov a u 41 % žien. Najviac kontinentná bola u mužov aj u žien skupina 75-84 ročných (59,4 % M, 55,6 % Ž). Občas inkontinentných bolo viac žien (33,3 % Ž ku 18,4 % M), úplne inkontinentných bolo viac mužov (35,4 % M ku 25,7% Ž).
- Sebestačných v používaní WC bolo celkovo 46,2 % mužov a 41 % žien. U mužov to bola skupina 75-84 ročných (62,5 %) u žien veková skupina 65-74 rokov (54,5 %). Použitie WC s pomocou dokázalo vykonať 24,6 % mužova 29,5 % žien; nedokázalo vykonať 29,2 % mužov a 29,5 % žien.
- Sebestačnosť v presune z lôžka na stoličku celkovo sme zistili u 50,8 % mužov a u 41 % žien. Výrazne sebestačná u mužov bola skupina 75-84 ročných (68,75 %) u žien 65-74 ročných (54,5 %). Presun z lôžka na stoličku s malou pomocou dokázalo 23,1 %

mužov a 36,1 % žien; vydrží sedieť 24,6 % mužov a 21 % žien; presun nevykoná 1,5 % mužov a 1,9 % žien.

- Sebestačných v chôdzi po rovine bolo celkovo 46,1 % mužov a 40 % žien. U mužov skupina 75-84 ročných (65,6 %) u žien najmladšia (54,5 %). Chôdzu po rovine s pomocou vykonalo 7,7 % mužov a 12,4 % žien; sami na kolieskovom kresle zvládlo 29,2 % mužov a 41 % žien. Imobilných bolo 17 % mužov a 6,6 % žien.
- Sebestačných v chôdzi po schodoch bolo celkovo 36,9 % mužov a 29,5 % žien. U mužov najviac sebestačných v tejto činnosti bolo vo vekovej skupine 75-84 rokov (53,1 %) u žien najmladšie (54,5 %). Chôdzu po schodoch vykonalo 18,5 % mužov a 14,3 % žien; nevykonalo vôbec 44,6 % mužov a 56,2 % žien.

B) Výsledky kognitívnych funkcií GP pomocou Mini-Mental testu podľa Folsteina

- V orientácii správne na všetky otázky (10) odpovedalo celkovo 26,2 % mužov a 24,8 % žien. U mužov bola najlepšia veková skupina 75-84 ročných (34,4 %) u žien najmladšia (65-74 ročných) (63,6 %).
- V časti pamäť, vstiepiivosť správne odpovedalo na všetky 3 otázky celkovo 86,2 % mužov a 82 % žien. Najlepšie odpovedala najmladšia veková skupina (65-74 rokov) v oboch prípadoch až 91 %.
- V časti pozornosť a počítanie správne 5 krát odčítalo celkovo 30,8 % mužov a 25,7 % žien. U mužov najlepšie odčítala skupina 75 -84 ročných (34,4 %) u žien najmladšia veková skupina (65-74 ročných) (45,5 %).
- V časti výbavnosti zopakovalo správne všetky tri predmety celkovo 20 % mužov a 27,6 % žien. Je zaujímavé že u mužov bola najlepšia veková skupina 75-84 ročných (31,3 %) a najhoršia veková skupina 65-74 rokov 0 správnych odpovedí. U žien bola táto veková skupina najlepšia (63,6 %).
- V časti pomenovanie predmetov správne odpovedalo celkovo 92,3 % mužov a 92,4 % žien čo je takmer zhodne. Najlepšie odpovedala skupina 75-84 ročných v oboch prípadoch. Rozdiely boli minimálne (97 % M, 95,6 % Ž).
- V časti opakovanie vety správne odpovedalo celkovo 52,3 % mužov a 50,5 % žien. Najlepšie odpovedali 65-74 ročný, ale s výrazným rozdielom (58,3 % M; 91 % Ž)
- V časti trojstupňový povel splnilo všetky tri povely správne celkovo 63 % mužov a 68,6 % žien. U mužov bola najlepšia skupina 75-84 ročných (75 %) a u žien skupina 65-74 ročných (81,8 %).
- Prečítanie a vykonanie príkazu: „Zatvorte oči“ splnilo celkovo 84,6 % mužov a 87,6 % žien. U mužov bola najlepšia skupina 75-84 ročných (87,5 %); u žien veková skupina 65-74 ročných, ktorá vykonala činnosť 100 % správne.
- Činnosť písanie vety zvládlo celkovo 70,8 % mužov a 75,2 % žien. U mužov bola najlepšia opäť skupina 75-84 ročných (78,1 %), u žien opäť veková skupina 65-74 ročných vykonala činnosť 100 % správne.

- Odkreslenie obrázku vykonalo správne celkovo 47,7 % mužov a 45,7 % žien. U mužov bola najúspešnejšia veková skupina 75 -84 ročných (62,5 %) a u žien veková skupina 65-74 ročných žien (54,5 %).

C. Výsledky následnej starostlivosti Uvádza tabuľka č. 4 a 5.

Tab. č. 4 Následná starostlivosť u mužov po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia

Následná starostlivosť muži	starostlivosť doma		starostlivosť v sociálnom zariadení		paliatívna starostlivosť		zomrel		Spolu
	n	%	n	%	n	%	n	%	
n=65									
65-74 rokov	9	75	3	25	0	0	0	0	12
75-84 rokov	30	93,8	0	0	2	6,2	0	0	32
85 a viac rokov	20	95,2	0	0	1	4,8	0	0	21
celkovo	59	90,8	3	4,6	3	4,6	0	0	65

Tab. č. 5 Následná starostlivosť u žien po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia

Následná starostlivosť ženy	Starostlivosť doma		starostlivosť v sociálnom zariadení		paliatívna starostlivosť		zomrel		Spolu
	n	%	n	%	n	%	n	%	
n=105									
65-74 rokov	11	100	0	0	0	0	0	0	11
75-84 rokov	34	75,6	6	13,3	5	11,1	0	0	45
85 a viac rokov	37	75,5	6	12,2	4	8,2	2	4,1	49
celkovo	82	78,1	12	11,4	9	8,6	2	1,9	105

Diskusia

A) Vo všetkých činnostiach Bartelovej testu boli viac sebestační muži okrem osobnej hygieny. Rozdiely však neboli štatisticky významné. Najviac respondentov bolo sebestačných v činnosti jedenie/pitie, najmenej v chôdzi po schodoch.

- Celkovo najvýraznejšia u mužov v závislosti bola závislosť ťažkého stupňa 38,5 % a to vo vekovej skupine 65-74 rokov (58,3 %).
- Najvýraznejšia u žien v závislosti bola závislosť ťažkého stupňa 39 % a to vo vekovej skupine 85 a viac rokov (51 %).
- V celkovom skóre Bartelovej testu v ADL bolo sebestačných mužov 30,7 % a žien 29,5 % s rozdielom 1,2 %. U mužov bolo sebestačných najviac vo vekovej skupine 75- 84 rokov (43,8 %); sebestačných žien bolo najviac vo vekovej skupine 65-74 rokov (54,5 %).

V ľahkej závislosti bolo viac mužov (18,5 % M, 12,5 % Ž).

V stredne ťažkej závislosti bolo viac žien (19 % Ž, 12,3 % M).

V ťažkej závislosti boli na tom skoro rovnako (38,5 % M, 29,5 % Ž).

B) Najlepšie výsledky v kognitívnych funkciách boli v pomenovaní predmetov, kde odpovedali muži aj ženy takmer zhodne 92,3 % M, 92,4 % Ž.

Muži boli lepší v orientácii; pamäti; pozornosti a počítaní; opakovaní vety; a v obkresľovaní obrázku; rozdiely oproti ženám boli v rozpätí 2-5 %.

Ženy boli lepšie vo výbavnosti; trojstupňovom príkaze; čítaní a splnení písaného príkazu; v písaní vety; rozdiely boli v rozpätí 3-7,5 %.

Najväčší rozdiel medzi mužmi a ženami bol vo výbavnosti (20 % M, 27,6 % Ž), táto činnosť bola u mužov aj najslabšia. Najslabšia u žien bola orientácia 24,8 %.

- Celkovo malo normálne kognitívne funkcie 43 % mužov, najlepšia bola veková skupina 75-84 ročných (53,1 %).

Miernu kognitívnu poruchu malo celkovo 10,8 % mužov, najhoršia bola veková skupina 85 a viac rokov (19 %).

Strednú kognitívnu poruchu malo celkovo 33,9 % mužov najhoršia bola veková skupina 65-74 roční (41,6 %).

Ťažkú kognitívnu poruchu malo celkovo 12,3 % mužov najhoršia bola veková skupina 85 a viac ročných (19 %).

- Celkovo malo normálne kognitívne funkcie 41 % žien, najlepšia bola veková skupina 65-74 ročných (81,8 %).

Miernu kognitívnu poruchu malo celkovo 11,4 % žien, najhoršia bola veková skupina 85 a viac ročných (14,3 %).

Strednú kognitívnu poruchu malo celkovo 36,2 % žien najhoršia bola veková skupina 85 a viac ročných (40,8 %)

Ťažkú kognitívnu poruchu malo celkovo 11,4 % žien najhoršia bola veková skupina 85 a viac ročných (20,4 %).

Miernu a ťažkú kognitívnu poruchu sa v skupine 65-74 ročných žien nevyskytovala.

- Pri celkovom posúdení kognitívnych funkcií podľa výsledného skóre MMSE zistujeme minimálne rozdiely medzi mužmi a ženami od 0,6 % do 2,3 %.

Normálne kognitívne funkcie malo 43 % mužov a 41 % žien.

Miernu kognitívnu poruchu malo 10,8 % mužov a 11,4 % žien.

Strednú kognitívnu poruchu malo 33,9 % mužov a 36,2 % žien.

Ťažkú kognitívnu poruchu malo 12,3 % mužov a 11,4 % žien.

C) V následnej starostlivosti po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia u mužov prevláda domáca starostlivosť 90,8 %. V sociálnom zariadení malo poskytnutú starostlivosť len 4,6 % mužov, všetci boli vo vekovej skupine 65-74 rokov. 4,6 % mužov malo poskytnutú paliatívnu starostlivosť.

- V následnej starostlivosti po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia u žien tiež prevláda domáca starostlivosť 78,1 %. V sociálnom zariadení malo poskytnutú starostlivosť len 11,4 % žien, čo je viac ako u mužov. Žiadna nebola vo vekovej skupine 65-74 rokov.

8,6 % žien malo poskytnutú paliatívnu starostlivosť, čo je o 4% viac ako u mužov. 1,9 % žien zomrelo (n=2).

- Celkovo 83 % respondentov bolo prepustených do domácej starostlivosti; 8,8 % respondentov malo poskytnutú starostlivosť v sociálnom zariadení; 7 % respondentov malo ako následnú starostlivosť poskytnutú paliatívnu starostlivosť v LDCH a v Liečebni sv. Františka; 1,2 % respondentov zomrelo v našom zariadení (ženy).

Záver prieskumu

A) V hypotéze č. 1: V ADL predpokladáme nárast zhoršenia funkčného stavu po 75 roku, výraznejšie u žien.

- Percento sebestačných žien a mužov v celkovom skóre bolo takmer rovnaké (30,7 % M, 29,5 % Ž). Hypotéza sa nepotvrdila
- Muži a ženy sa odlišovali v jednotlivých činnostiach Bartelovej testu, kde boli sebestačnejší muži ale nie výrazne. U mužov sa nepotvrdil vzťah závislosti veku ku zhoršeniu sebestačnosti. Naopak u mužov bola veková skupina 75-84 rokov, kde sme predpokladali zhoršenie funkčného stavu, najsebestačnejšia (43,8%). U žien bola najsebestačnejšia veková skupina 65-74 rokov (54,5%). Hypotéza sa potvrdila u žien, ale nie u mužov.

B) V hypotéze č. 2: V mentálnom stave predpokladáme nárast zhoršenia funkcie po 75 roku, výraznejšie u žien.

- Normálne kognitívne funkcie malo 43 % mužov a 41 % žien. Čo je lepší výsledok ako v sebestačnosti ADL. Rozdiel medzi mužmi a ženami je nevýrazný (2 %). Hypotéza sa nepotvrdila.
- V jednotlivých vekových skupinách bola u mužov najlepšia opäť skupina 75-84 ročných, u žien najmladšia, čím sa hypotéza potvrdila u žien, ale nie u mužov..

C) V hypotéze č. 3: V následnej starostlivosti predpokladáme výraznú domácu starostlivosť, hlavne u mužov.

- Vo výsledkoch následnej starostlivosti sa potvrdilo, že najvýraznejšia starostlivosť o našich seniorov je doma (family care) (83 %). Výraznejšia bola u mužov (90,8 % M, 78,1 % Ž), aj vo vekovej skupine 85 a viac rokov.
- Starostlivosť v sociálnom zariadení malo poskytnutú 8,8 % respondentov; táto bola výraznejšia u žien 11,4 % (65-74 ročná veková skupina nebola v sociálnom zariadení), u mužov 4,6 % (len 65-74 ročná veková skupina). Paliatívnu starostlivosť malo poskytnutú celkovo 7 % respondentov (4,6 M; 8,6 % Ž), 65-74 ročná veková skupina nebola zastúpená.

Hypotéza sa potvrdila

Poznatky obohacujúce vedný odbor a prax

- Respondenti boli rozdelení do troch vekových skupín: 65-74 rokov (13,5 %); **75-84 rokov (45,3 %); 85 a viac roční (41,2 %)**. Vysoké percento v druhej a tretej vekovej skupine potvrdzuje demografický trend starnutia populácie a nárast počtu veľmi starých ľudí, (vnútorné starnutie) (3).
- Pri porovnaní **sebestačnosti a kognitívnych funkcií v jednotlivých vekových skupinách sme zistili, že u mužov nie je závislosť veku k zhoršeniu funkčného stavu**, (najsebestačnejšia bola veková skupina 75-84 ročných), **čo potvrdzuje teóriu geriatrov, že seniori sú najmenej homogénnou skupinou**. „Mladí seniori“ môžu byť v zlom funkčnom stave a „starí seniori“ môžu byť vo výbornom stave. Má význam zdravé starnutie, zdravý životný štýl, prevencia a výchova k zdraviu.
- Úplne sebestačných bolo len 30 % mužov a 29,5 % žien. Normálne kognitívne funkcie malo 43 % mužov a 41 % žien. **Výsledky nám potvrdzujú vysoký výskyt starých ľudí s určitým stupňom poruchy sebestačnosti a kognitívnej funkcie**. Čo potvrdzuje význam a dôležitosť hodnotenia stupňa závislosti seniorov v ADL a kognitívnych funkciách.
- V následnej starostlivosti sa potvrdilo, že najvýraznejšia starostlivosť o našich seniorov je doma (family care) 83 % (u mužov 90,8 %; u žien 78,1 %). Starostlivosť v sociálnom zariadení malo poskytnutú 8,8 % respondentov; táto bola výraznejšia u žien (11,4 % Ž, 4,6 % M). Nastáva otázka na zamyslenie: „Zmenilo by sa toto číslo, keby bolo dostatok miest v sociálnych zariadeniach?“ „Zmenilo by sa toto číslo, keby bolo dostatok opatrovateliek a možnosť lepšie využiť služby ADOSiek?“
- Pri zistení závislosti nezabúdať seniora správne edukovať v nácviku týchto činností, ak je to možné; zabezpečiť kompenzačné pomôcky a edukovať seniora v správnom používaní týchto pomôcok; edukovať aj rodinných príslušníkov v starostlivosti o svojho príbuzného.
- Pri zistení ťažkej závislosti kontaktujeme rodinu a zistíme či sa vie, môže a chce postarať o svojho príbuzného, resp. či je treba kontaktovať sociálnu sestru na ďalšie doriešenie starostlivosti. Nesmieme zabúdať, že starí ľudia sú najradšej vo svojom domácom prostredí, preto volíme inštitucionálnu starostlivosť len ak je to nevyhnutné.

Použitá literatúra:

- [1] FARKAŠOVÁ, D. A kol. 2006. *Výskum v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2006, 88 s. ISBN 80-8063-228-6.
- [2] FOLSTEIN, M.F. – FOLSTEIN, S.E. – McHUGH, P.R. 1975. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: *J. Psychiat. Res.* 1975, 12, s. 189-198.
- [3] HEGYI, L. - KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. 2.vyd. Bratislava: Herba, 2006, 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
- [4] KRAJČÍK, Š. 2010. Sebestačnosť a závislosť. In: HEGYI, L. - KRAJČÍK, Š.: *Geriatría*. 1.vyd. Bratislava: Herba, 2010, s. 84-88, ISBN 978-80-89171-73-6.

- [5] NÉMETH, F.- DERŇÁROVÁ, Ľ. - HUDÁKOVÁ, A. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov: Datapres, 2011, s. 216, ISBN 978-80-555-0381-3.
- [6] POLEDNÍKOVÁ, Ľ. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

Kontaktné údaje

PhDr. Eva Bajanová

Klinika geriatric LF SZU a UNB

Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice

Krajinská 91

825 56 Bratislava 211

e-mail: eva.bajanova@szu.sk

PREVENCIA METABOLICKÉHO SYNDRÓMU

Anna Benčeková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Abstrakt

Prevalencia metabolického syndrómu u obyvateľov krajín EÚ dosahuje až takmer 30 %. Neefektívne liečený metabolický stav zvyšuje riziko vzniku DM II. typu, kardiovaskulárnych ochorení a mozgovej príhody, a môže viesť v konečnom dôsledku k predčasnej smrti.

Liečba metabolického syndrómu sa v minulosti orientovala väčšinou len na jednotlivé klinické prejavy (napr. vysoký krvný tlak, metabolizmus tukov a cukrov...) a nie príčinu jeho vzniku. Sestry v komplexnom manažmente metabolického syndrómu zohrávajú nezastupiteľnú úlohu, erudovanou edukáciou zameranou na primárnu prevenciu a edukáciou zameranou na dosiahnutie compliance.

KLúčové slová

Metabolický syndróm, rizikové faktory, prevencia.

PREVENTION OF METABOLIC SYNDROME

Abstract

Outbreak of metabolic syndrome in residents of European Union countries reaches almost 30%. Ineffectively treated with metabolic status increases the risk of the 2nd type of DM, cardiovascular disease and stroke, and may ultimately lead to premature death. Treatment of metabolic syndrome in the past mainly was focused only to the individual clinical manifestations (e.g. high blood pressure, metabolism of fats and sugars, ...) and not the causes of its rise. Nurses in the comprehensive management of the metabolic syndrome play a crucial role, erudite education focused on primary prevention and education of oriented to primary prevention to achievement of compliance.

Key words

Metabolic syndrome, risk factors, prevention.

Úvod

Rozvoj metabolického syndrómu je odrazom vplyvu civilizačných faktorov na zdravie človeka. Napriek skutočnosti, že rizikové faktory ako aj možnosti prevencie sú známe, jeho prevalencia stúpa. Efektívna prevencia civilizačných chorôb a tým aj rozvoja metabolického syndrómu musí začať už po narodení jedinca a byť celoživotná. V súčasnosti sú už vedecky dokázané a historicky potvrdené napríklad protektívne účinky materského mlieka (3).

Závažnosť metabolického syndrómu spočíva v skutočnosti, že významne zvyšuje kardiovaskulárne riziko, riziko rozvoja ICHS, dokonca nezávisle od prítomnosti diabetu. Napr. riziko infarktu myokardu a cievej mozgovej príhody je temer štvornásobne vyššie u nositeľov syndrómu; najvyššie riziko majú jedinci so súčasným výskytom diabetu a metabolického syndrómu. Metabolický syndróm postihuje približne štvrtinu obyvateľstva priemyselne rozvinutých krajín a jeho výskyt narastá so zvyšujúcim sa vekom. Vo veku nad 60 rokov postihuje približne 40% populácie (Jurkovičová, 2005, s. 82).

Metabolický syndróm

Metabolický syndróm predstavuje súbor metabolických odchýlok, kde hlavným znakom je inzulínová rezistencia (t.j. narušenie normálneho pôsobenia inzulínu). Podľa definície z roku 2001 - NCEP ATP III (Dukát, 2006) diagnózu stanovuje prítomnosť najmenej troch z týchto piatich kritérií:

- abdominálna obezita, t.j. obvod pásu > 102 cm u mužov a > 88 cm u žien,
- zvýšená hladina TAG v krvi (> 2,0 mmol/l),
- znížený HDL-CH (< 1,0 mmol/l u mužov a < 1,2 mmol/l u žien),
- zvýšený krvný tlak (systolický > 130 mmHg, diastolický > 85 mmHg),
- zvýšená hladina glukózy v krvi nalačno (> 5,6 mmol/l).

Metabolický syndróm (alebo syndróm inzulínovej rezistencie) definoval ako prvý Reaven v roku 1988 a charakterizoval ho ako spoločný výskyt dyslipidémie, hypertenzie, poruchy tolerancie glukózy so zvýšenými hladinami inzulínu v krvi. Neskôr sa k tomuto súboru príznakov pridala aj obezita, pretože sa vyskytujú prevažne u obéznych. Metabolický syndróm sa neustále rozširuje o ďalšie a ďalšie príznaky a dnes zahŕňa prakticky všetky hlavné rizikové faktory urýchľujúce aterosklerózu a tým aj výskyt kardiovaskulárnych ochorení.

Ovplyvnenie rizikových faktorov metabolického syndrómu

Obezita a nadváha

Jedným z rizikových faktorov je obezita a nadváha s centrálnym rozložením tukového tkaniva (v oblasti pásu a brucha). Ide o závažné chronické ochorenie postihujúce metabolizmus a priamo i nepriamo radu orgánových systémov (hlavne obehový a pohybový). Pri vzniku metabolických komplikácií obezity má väčší význam rozloženie telesného tuku než samotný stupeň obezity. Osobitný význam má množstvo tuku nahromadeného v brušnej dutine a uloženého okolo vnútrobrušných orgánov a na pobrušnici. Pri tomto type obezity (abdominálna obezita, androidný typ obezity, t.j. „mužský“ typ obezity) sa významne zvyšujú všetky metabolické a kardiovaskulárne riziká. Či ide o tento typ obezity, sa dá veľmi jednoducho zistiť odmeraním obvodu pásu.

Inaktívny moderný spôsob života sa považuje za hlavný etiologický faktor pri vývoji obezity v modernej spoločnosti. Samotné telesné cvičenie však nestačí na zvládnutie nadmerného kalorického prísunu, pretože napr. na vyrovnanie energetickej bilancie po zjedení malého chlebička (125 kcal) je potrebná rýchla chôdza v trvaní 30 minút.

Dôležitá je redukčná strava, ktorá spočíva v úprave stravy – znížením energetického príjmu a rozloženia do jednotlivých jedál v priebehu dňa. V závislosti od súčasného energetického príjmu sa stanoví zníženie o 10, 20, 30% v závislosti od pohlavia, veku, BMI. Nesmie sa zabúdať na tuky, ktoré sú v potrave. Výživové odporúčania pre širokú verejnosť musia byť jasné, zrozumiteľné a hlavne jednoduché (bežný konzument sa nestravuje s tabuľkami a s kalkulačkou v ruke). Výhodnejšie ako napr. tabuľky výživových hodnôt alebo odporúčania vyjadrené v gramoch, percentách, jouloch a pod. sú rôzne grafické modely, ktoré môžu slúžiť na jednoduchú orientáciu. Známym sa stal pyramídový model zdravej výživy, kde sa znázorňuje odporúčaný denný počet porcií základných potravinových skupín.

Pre spaľovanie tukov je najvhodnejšia pohybová aktivita, pri ktorej sa tepová frekvencia dostane na úroveň 50 - 60% z maximálnej tepovej frekvencie. Doporučenou aktivitou je chôdza, beh, cyklistika, plávanie. Pre obéznych ľudí sú ideálne cyklistika i plávanie, keďže pri nich netrpia váhonosné kĺby. Akákoľvek fyzická aktivita vyžaduje energiu. Orientačná hodinová spálená energia pri vybraných činnostiach je nasledovná: sedenie (84 kcal/h), chôdza (150 kcal/h), tanec (250 kcal/h), beh (490 kcal/h), plávanie (490 kcal/h), kondičné posilňovanie (720 kcal/h). V skutočnosti množstvo spálenej energie závisí od biometrických údajov jednotlivca ako aj od intenzity vykonávanej činnosti. Takáto telesná aktivita zlepšuje lipidový profil, zlepšuje toleranciu glukózy, znižuje krvný tlak, spolu so zníženým kalorickým príjmom znižuje telesnú hmotnosť a znižuje inzulínovú rezistenciu.

Hyperglykémia

Typickou súčasťou metabolického syndrómu je inzulínová rezistencia a hyperglykémia.

Inzulínová rezistencia má úlohu v patogenéze metabolického syndrómu. Klasickým faktorom, ktorý vyvoláva inzulínovú rezistenciu, je fajčenie a látkou priamo zodpovednou je nikotín.

Ak pacient prestane fajčiť, dramaticky klesajú riziká kardiovaskulárneho ochorenia, klesá riziko vzniku diabetu a stúpa HDL cholesterol v krvi.

Hyperglykémia v rozmedzí porúch glukózovej homeostázy zvyšuje riziko rozvoja diabetes mellitus a riziko kardio – vaskulárnych komplikácií. Diabetes mellitus extrémne zvyšuje riziko kardio – vaskulárnych komplikácií ako i riziko vzniku mikrovaskulárnych komplikácií (diabetickej nefropatie, retinopatie a neuropatie).

U osôb s diabetom mellitom sú okrem farmakologickej liečby dôležité i režimové opatrenia. Veľký dôraz sa kladie na edukáciu pacienta a selfmonitoring.

Dyslipidémia

Vplyv výživy v rannom detstve na zdravotný stav v dospelosti je vedecky potvrdený (4). Dlhodobá zvýšená hladina celkového cholesterolu (nad 5mmol/l), LDL – cholesterol – má potenciál narušiť cievnú výstelku a naštartovať proces aterosklerózy (hl. by nemala presiahnuť 3mmol/l), triacylglyceroly (hl. by nemala presiahnuť 2mmol/l) a znížená hladina HDL - cholesterolu v krvi.

Intervencie zamerané na zníženie hladiny LDL - CH diétou alebo liekmi znamenajú zníženie rizika kardiovaskulárneho ochorenia vrátane kardiovaskulárnej aj celkovej úmrtnosti. Základom v znižovaní rizika je zníženie hladiny cholesterolu. Medikamentózna liečba dyslipoproteinémií by bola celoplošne neefektívna, preto je určená predovšetkým skupine vysokorizikových osôb. Pre celú populáciu sa javí ako najvýhodnejšia a najúčinnnejšia cesta nefarmakologického znižovania hladiny cholesterolu, predovšetkým úpravou faktorov životného štýlu. Kľúčovú úlohu tu zohráva úprava stravovania a zvýšenie fyzickej aktivity spolu so znížením telesnej hmotnosti.

Hypertenzia

Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie sa kardiovaskulárne ochorenia podieľajú asi 30% na mortalite v celosvetovom meradle. Riziko vývoja aterosklerózy sa znásobuje prítomnosťou viacerých rizikových faktorov. Preto je predmetom celosvetového medicínskeho snaženia odhaliť a objasniť čo najviac možných príčin vzniku aterosklerózy a jej následkov, zasiahnuť efektívne pri ovplyvniteľných rizikových faktoroch, medzi ktoré patrí i hypertenzia a tým predísť vzniku a rozvoju predčasnej aterosklerózy.

Dôležitou súčasťou liečby hypertenzie je nefarmakologická liečba, ktorá má za cieľ nielen zníženie TK, ale i ovplyvnenie rizikových faktorov. Patrí sem úprava životosprávy - redukcia telesnej hmotnosti, obmedzenie prívodu sodíka (pod 6g NaCl/deň), zníženie príjmu alkoholu, cigariet, psychická relaxácia (zmiernenie stresu), pravidelná fyzická aktivita (5,6).

Ochorenia spôsobené metabolickým syndrómom

- Poškodenie koronárnych a iných ciev v organizme (ateroskleróza), čo má za následok zlyhanie srdca, infarkt alebo mozgovú príhodu.
- Zmeny v obličkách, čo vedie k vysokému krvnému tlaku a srdcovo-cievny ochoreniam.
- Zvýšené riziko zrážania krvi.
- Spomalenie tvorby hormónu inzulín, ktoré môže viesť k rozvoju DM II. typu.

Všetky faktory spájané s metabolickým syndrómom spolu súvisia. Obezita a nedostatok cvičenia vedie k inzulínovej rezistencii. Inzulínová rezistencia zvyšuje hladinu LDL cholesterolu (lipoproteín s nízkou hustotou – „zlý“ cholesterol) a krvných triacylglycerolov a znižuje hladinu HDL cholesterolu (lipoproteín s vysokou hustotou – „dobrý“ cholesterol). Toto môže viesť k vytváraniu tukového povlaku na stenách tepien a časom môžu spôsobiť kardiovaskulárne ochorenie, krvnú zrazeninu a mozgovú príhodu. Inzulínová rezistencia taktiež zvyšuje hladinu inzulínu a glukózy v krvi. Chronicky zvýšená hladina glukózy následne poškodzuje cievy a orgány ako sú obličky a môže viesť k diabetes mellitus. Kvôli vysokej hladine inzulínu sa v obličkách zadržiava priveľa sodíka, ktorý následne zvyšuje tlak a vedie k hypertenzii.

Prevenca metabolického syndrómu

V prevencii sa dôraz kladie na úpravu životného štýlu (najmä zníženie hmotnosti, zvýšenie telesnej aktivity, nefajčenie...), pretože má silný vplyv na všetky zložky metabolického syndrómu. Predpokladom úspešnej prevencie je správne zvolená edukácia a zvýšená angažovanosť zdravotníkov na realizovaní preventívnych programov. Odporúčame, v rámci edukačných aktivít, zamerať sa v primárnej prevencii a v dosahovaní kompenzácie klinického stavu a v rámci sekundárnej a terciárnej prevencie na konkrétne rizikové faktory spôsobujúce vznik a rozvoj metabolického syndrómu, ako i ich účinné ovplyvnenie.

Záver a odporúčania

Včasné podchytenie ukazovateľov metabolického syndrómu môže zabrániť závažným finančne nákladným a život ohrozujúcim komplikáciám budúcnosti každého jedného z nás.

V rámci efektívneho manažmentu metabolického syndrómu odporúčame dodržiavať nasledovné kroky:

- pravidelná kontrola, sledovanie a udržiavanie správnej telesnej hmotnosti,
- kontrolovať pravidelne svoj obvod pásu,
- dostatok pohybu a telesnej aktivity, minimálne 30 min. denne,
- pravidelná kontrola krvného tlaku,
- pravidelné preventívne prehliadky u všeobecného lekára, kontrola hladiny tukov a cukru,
- prestať fajčiť,
- pravidelné, správne a zdravé stravovanie,
- konzumácia zdravých potravín, surová zelenina a ovocie, celozrnné a nízkotučné výrobky,
- obmedzenie a eliminácia ťažkých, tučných a kalorických jedál, mäsa, sladkostí a alkoholu,
- zníženie príjmu a konzumácie soli do 5 – 6g/deň,
- dodržiavanie správneho a dostatočného pitného režimu, voda, čaj, minerálky, ovocné šťavy,
- kontrola konzumácie alkoholu, muži max. 2 - 3 deci vína denne, ženy 1 - 2 deci vína denne.

Na uskutočňovanie týchto odporúčaní sa na Slovensku v rámci programu Zdravie 21 realizujú programy: Program ozdravenia výživy obyvateľstva, Program zvýšenia pohybovej aktivity obyvateľstva, Programy boja proti závislosti, Program zmeny, resp. ozdravenia životného štýlu. Ďalšie čiastkové programy a projekty: 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).

Úspechom prevencie a eliminácie metabolického syndrómu je zmena filozofie a dôsledná realizácia zmeny životného štýlu. Komplexný prístup a holistická filozofia prístupu k človeku

v kontinuu zdravia a choroby sa stávajú pre erudovanú sestru krédom priority ochrany zdravia v 21. storočí (8).

Literatúra

- [1] DUKÁT, A. 2006. Metabolický syndróm: Úvod do problematiky a definície. In: *NEUMM*. [online]. 2006, roč. 1, č. 1/2 [cit. 2011 – 12 - 15]. Dostupné na internete: <http://www.neumm.cz/cz/archiv/55/metabolicky-syndrom-uvod-do-problematiky-a-definie>. ISSN 1802-1298.
- [2] FORD, ES, GILES, WH, DIETZ, WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. In: *JAMA* 2002; 287: 356-359.
- [3] HUTTOVÁ, M., PADYŠÁKOVÁ, H., DROBNÁ., H. 2008. Materské mlieko chráni dieťa pred civilizačnými chorobami. In: *Neonatologické zvesti*. ISSN 1335-2504, 2008, roč. 12, č. 2, s. 46-50.
- [4] HUTTOVÁ, M., KRČMÉRYOVÁ, T., PADYŠÁKOVÁ, H. 2005. Vplyv výživy v rannom detstve na zdravotný stav v dospelosti. In: *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2005, roč. 2, č. 3, s. 90-93.
- [5] JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť? Zdravotný stav slovenskej populácie 1999 až 2004 a prevencia kardiovaskulárnych a civilizačných ochorení*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005. 166 s. ISBN 80-223-2132-X.
- [6] KAREN, I., SOUČEK, M. et al. 2010. *Metabolický syndrom – diagnostika a liečba*. Doporučený diagnostický a liečebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Novelizace – 2010. Praha: CDP - PL. Společnost všeobecného lékařství, 2010. 12s. ISBN 978-80-86998-38-1.
- [7] Národný program prevencie ochorení srdca a ciev MZ SR. Dostupné: www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NPPOC.
- [8] PADYŠÁKOVÁ, H., ZLOCHOVÁ, K. 2008. Rodina ako priorita v ochrane zdravia. In: *Sestry a Európske stratégie zdravia v 21. storočí* [Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie, Bratislava, 24. - 25. 10. 2008]. - Bratislava : SZU, 2008. - ISBN 978-80-89352-09-8. - s. 184-192.
- [9] PAMPLONA, R. 2003. *Zdravie a sila v potrave 1.vydanie* 2003. Advent Orion. 383 s. ISBN 80-88719-19-4.
- [10] Správa MZ SR o plnení Národného programu podpory zdravia za roky 2006 – 2010. Dostupné: www.health.sk

Kontaktné údaje

PhDr. Anna Benčeková
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika
e-mail: annabencekova@gmail.com

VÝVOJ TĚLESNÉ HMOTNOSTI U ADOLESCENTŮ V PRŮBĚHU KALENDÁŘNÍHO ROKU

Kateřina Beranová, Lubomír Krankuš, Jan Schuster

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Abstrakt

Projekt monitoruje vývoj tělesné hmotnosti u chlapců i dívek ve věku od 16ti do 20ti let v průběhu jednoho kalendářního roku. Účelem výzkumné studie je najít souvislosti mezi změnami tělesné hmotnosti, ročním obdobím a pohlavím probandů.

Tato práce je součástí projektu „Psychosociální a somatické ukazatele v komparaci k cirkadiánnímu rytmu“ financovaného GAJU.

Klíčová slova

Tělesná hmotnost, adolescence, roční období, pohlaví.

THE EVOLUTION OF BODY WEIGHT IN ADOLESCENTS AGE DURING THE CALENDAR YEAR

Abstract

The project monitors the evolution of body weight for boys and girls , from 18 to 20 years in one-year span. The purpose of the research study is to find the relation between changes in weight loss, seasons and gender of probands.

This work is a part of project "Psychosocial and somatic indicators in comparison to circadian rhythm" funded GAJU.

Keywords

Body weight, adolescence, season, gender.

Úvod

Hmotnost, výška a celkový vývoj je určen dědičnými faktory. Jejich působení však ovlivňují i faktory prostředí, mezi které patří např. skladba jídelníčku, pestrost a rozmanitost potravin, stravovací návyky, tělesný pohyb, přiměřená tělesná práce vystřídaná poctivým odpočinkem, pravidelný pobyt na čerstvém vzduchu a slunci, zdravé bydlení, dodržování hygienických zásad jednotlivců i všech osob v okolí, lékařský dohled na zdraví, včasné léčení nemocí, péče o harmonický duševní vývoj a výchovu. Hranice toho jak se organismus bude moci vyvíjet, stanoví dědičné faktory. Prostedí pak ovlivní, co se z těchto předpokladů projeví a v jaké míře (VIGNEROVÁ a kol., 2007, s. 403 – 429).

Tělesná hmotnost je ovlivněna řadou faktorů. Důležitou úlohu sehrává výživa a celkový styl života. K zásadním chybám u současné adolescentní populace a nejen u ní, dochází v oblasti

výživy. Současný trend totiž vykazuje nadměrnou konzumaci látek, které nejsou pro organismus zcela žádoucí. Patří sem živočišné tuky, cholesterol, cukry a soli. Naopak je zaznamenávána nedostatečná spotřeba nenasycených mastných kyselin, vitamínů, vápníku, železa, apod. Tato nevhodná výživová skladba je zapříčiněna nadměrnou konzumací uzenářských výrobků a nedostatečným zařazováním zeleniny či ovoce do našeho jídelníčku. Nevhodná je též přílišná a pravidelná konzumace sladkostí. Do správného vývoje člověka se promítají pestrost, bohatost a přiměřenost konzumovaných potravin spolu se stravovacími návyky (VIGNEROVÁ a kol., 2008, s. 410 - 426).

Stravovací zvyklosti úzce souvisí i se vzděláním jedince. Čím vyššího vzdělání jedinec dosahuje, tím spíše si uvědomuje nutnost kvality a vyváženosti stravy a tím také více dbá o svůj jídelníček. To, zda se obezita vyskytuje více u adolescentů či adolescentek nebylo potvrzeno. Spíše záleží na sociálních podmínkách, ve kterých se daný adolescent, či adolescentka nacházejí. Je zde uvedeno, jaký je rozdíl v podílu obezity na venkově a ve městě, tedy vliv velikosti sídla a to, proč jsou případy obezity četnější na venkově než ve městě. Jde především o energetický příjem a energetický výdej. Jedinci přeceňují svůj energetický výdej a nepřiměřeně se stravují, tudíž mají vyšší energetický příjem. Tito lidé především přehlížejí skutečnost, že se u nich projevuje moderní mechanizace práce. Ta je totiž, ať už v zaměstnání či doma, mnohem méně energeticky náročná než dříve, a tudíž neumožní člověku jeho odpovídající energetický výdej. Tento nízký výdej by se musel kompenzovat dalším adekvátním výdejem energie v době osobního volna nebo snížením energetického příjmu – omezit množství přijímaných potravin. Byla provedena studie, ve které se sledovala frekvence potravinového příjmu u tří skupin lidí. Každá skupina měla jinou frekvenci příjmu potravy. Hodnocen byl přírůstek hmotnosti jedinců z jednotlivých skupin. Očekávaný výsledek výzkumu se potvrdil. Ti jedinci, kteří měli v průběhu dne malý počet příjmu denních jídel, přibývali na váze mnohem více (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007, s. 25 - 67).

Východiska řešené problematiky

Sledování hodnot základních tělesných charakteristik adolescentů je nejjednodušší způsob posuzování zdravotního a výživového stavu jednotlivých jedinců i celých skupin populace. Včasné rozpoznání odchylek tělesného vývoje adolescenta od předpokládaných hodnot může upozornit na výskyt vážnějšího onemocnění, nevhodné stravovací návyky, psychické či jiné problémy jedince (VIGNEROVÁ, BLÁHA, 2009, 151 - 159).

Tento výzkum spadá do kategorie antropologických. Ty mají v České republice dlouholetou tradici. Cílem těchto výzkumů je zjistit růstové charakteristiky adolescentů (PROKOPEC, 1994, s. 231 - 240). V našem případě pak vývoj tělesné hmotnosti v průběhu roku spolu s faktory, které jej ovlivňují – pohlaví a roční období.

Analýza problematiky

Naším úkolem v roce 2011 bylo nastudovat odbornou literaturu a zpracovat se do dané problematiky. Hlavním zdrojem informací byla literatura od předních českých autorů, zabývajících se problematikou v oblasti tělesné hmotnosti. V následující fázi bylo provedeno vstupní měření váhy a výšky adekvátního množství adolescentů obou pohlaví. Měření výšky bylo provedeno antropometrem, což je přenosná, samostatná kovová cejchovaná tyč

s milimetrovou škálou, jezdcem a zasunovacími pohyblivými jehlami (BLÁHA, VIGNEROVÁ, 2001, s. 16). V průběhu roku, tj. každý druhý měsíc, byli tito probandí kontrolně zvázeni a jejich hmotnosti evidovány do příslušných tabulek. Vázení probíhalo za pomoci přístroje TANITA BC – 418 MA, což je komplexní tělesný analyzátor. Tento přístroj je schopen změřit s naprostou přesností hmotnost a BMI člověka. Mimo jiné dokáže zjistit i hmotnost samotné svalové hmoty, tuku a tělesné vody v těle. BMI lze též spočítat za pomoci vzorce tělesná hmotnost / tělesná výška v metrech na druhou.

Po dokončení všech patřičných měření jsme vyhodnotili a graficky sestavili oscilaci tělesné hmotnosti všech adolescentů v průběhu roku. Nyní jsme dokončili měření za období červenec – prosinec 2011 a graficky jej vyhodnotili.

Cíle

Jsou změny hmotnosti patrnější v letních či zimních měsících?

Jsou změny patrnější u skupiny adolescentek či adolescentů?

Soubor a metody

Jako výzkumný soubor jsme vybrali 105 adolescentů a 100 adolescentek. Průměrný vstupní věk chlapců byl 18,5 let, dívek 17,3 let. Výzkumný soubor byl složen z jedinců navštěvující střední odborná učiliště, střední odborné školy a gymnázia nebo již samostatně výdělečně činných.

Hlavní metodou výzkumu byl monitoring tělesné hmotnosti pomocí osobní elektronické váhy TANITA BC – 418 MA. Monitoring byl aplikován 6x v průběhu roku 2011 a to v časovém intervalu 1x za 2 měsíce.

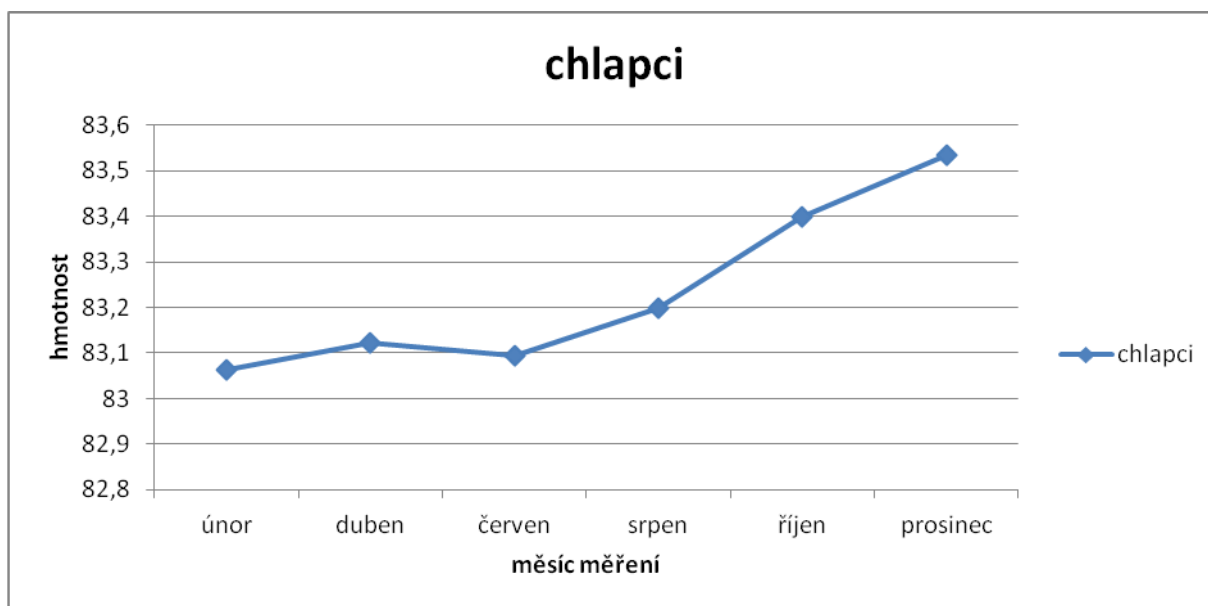
Měření tělesné hmotnosti probíhalo dle doporučených metodických standardů. Proband je vážen ve spodním prádle, ráno, na lačno, na váze stojí rovnoměrně na obou nohách, hledí přímo před sebe, paže spuštěny volně podél těla (BLÁHA, VIGNEROVÁ, 2001, s. 16).

Dílním vstupním měřením pak bylo měření výšky probandů. Tělesná výška je vzdálenost bodu vertex, což je bod na temeni hlavy, který při poloze hlavy ve Frankfurtské horizontále (pohled směřující přímo, rovně, do dále) leží nejvíce nahoře (BLÁHA, VIGNEROVÁ, 2001, s. 16).

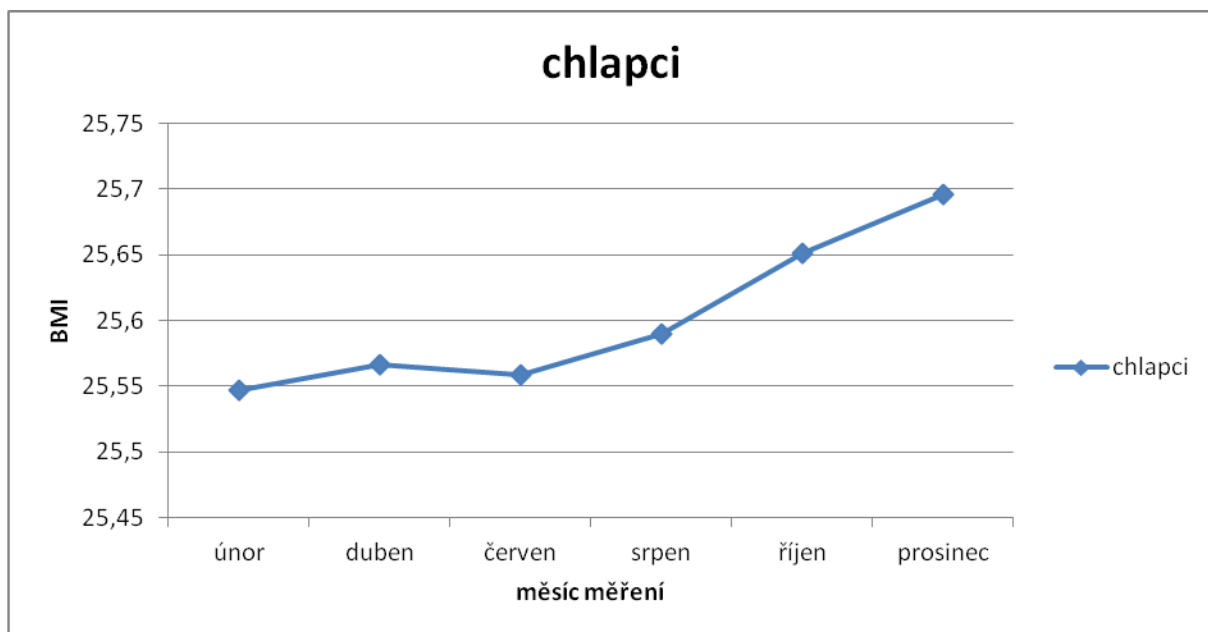
Tělesná výška je zjišťována za pomoci antropometru (viz. analýza problematiky), kdy proband stojí vzpřímeně na rovné podložce, s patami a špičkami nohou u sebe, hlava je orientována ve Frankfurtské horizontále, paže spuštěny podél těla. Záda, hýždě a paty se dotýkají stěny (BLÁHA, VIGNEROVÁ, 2001, s. 16).

Výsledky

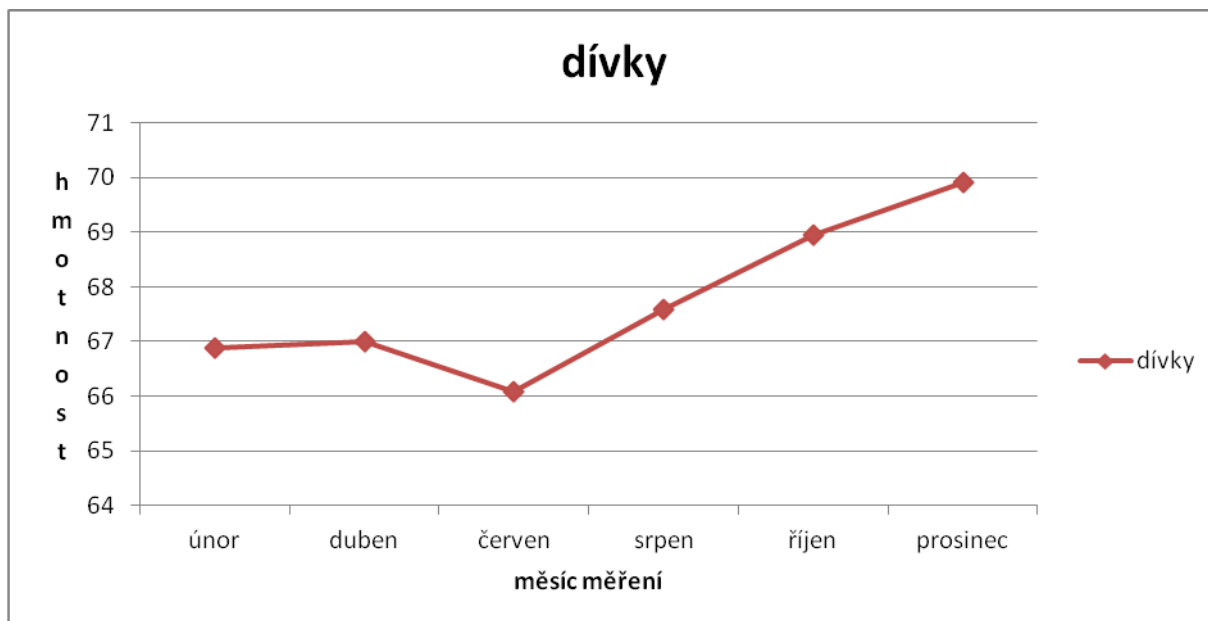
Graf č. 1



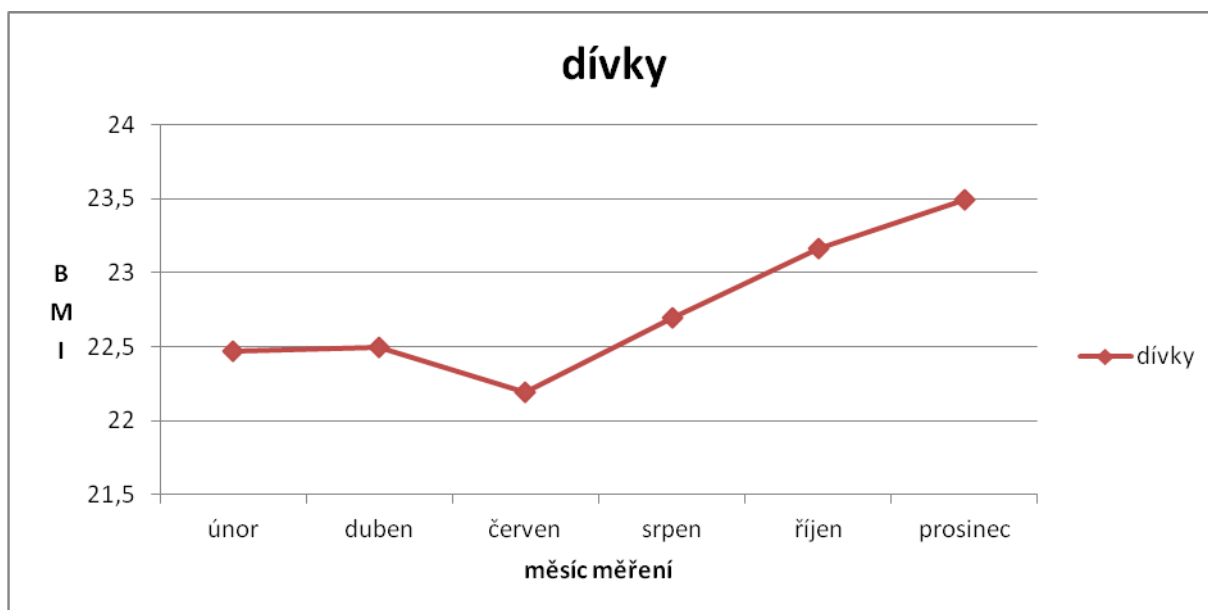
Graf č. 2



Graf č. 3



Graf č. 4



Diskuze

Z výsledků měření vyplynulo, že v jarních měsících došlo u obou skupin k mírnému poklesu hmotnosti (viz graf č. 1 a 3), tudíž i snížení BMI (viz graf č. 2 a 4). Tato změna je v grafickém znázornění patrnější u adolescentek (viz graf č. 2 a č 4). Celkově však u obou pohlaví došlo v průběhu roku k nárůstu hmotnosti a BMI, což je v grafu patrnější u adolescentů (viz graf č.1 a 3). Nejvýraznější pokles hmotnosti byl patrný v měsíci červnu, a to u skupiny adolescentek (viz graf č. 3). U skupiny adolescentů byla nejnižší hmotnost naměřena v měsíci únoru, což byla hmotnost vstupní (viz graf č. 1). V průběhu roku došlo u adolescentů k poklesu

hmotnosti pouze v měsíci červnu (viz graf č. 1). Co se týče nárůstu hmotnosti, došlo od letních měsíců u obou pohlaví k pozvolnému nárůstu. Nejvyšší hmotnost byla u obou pohlaví naměřena v měsíci prosinci. Nárůst hmotnosti byl v průběhu roku patrnější u adolescentek (viz graf č. 3).

U obou pohlaví váha spíše stoupala a to především v zimních měsících, v potaz však musíme brát i fakt, že většina adolescentů v průběhu roku ještě o nějaký centimetr povyroستla, tudíž došlo i k mírnému nárůstu BMI.

Závěr

Z předběžného rozboru výsledků měření vyplývá, že hmotnost v průměru klesá spíše v jarních měsících a to bez rozdílu pohlaví, kde nejnižší naměřené výsledky byly zjištěny u obou pohlaví v měsíci červnu. Naopak největších hodnot dosahuje váha u obou pohlaví v zimních měsících, v našem měření v měsíci prosinci.

Doporučení pro praxi

Aplikovat adekvátní pohybové aktivity v průběhu kalendářního roku s pravidelným zařazením do životního stylu jako prevenční i korekční prvek. Významněji se zabývat vyvážeností jídelníčku s důrazem na zimní měsíce.

Použitá literatura

- [1] BLÁHA, VIGNEROVÁ, 2001, Sledování růstu českých dětí a dospívajících, Praha, 2001, Státní zdravotní ústav Praha, s. 16. (ISBN: 80-7071-173-6).
- [2] PROKOPEC M.: Forty years of monitoring child growth in the Czech republic: Methodologies, outcomes and comparisons. *Auxology* 1994. *Humanbiol.* Budapest., 25: 231-240. 1994.
- [3] VIGNEROVÁ, J.; BLÁHA, P. *Tělesné charakteristiky českých dětí a mládeže*. In. PRŮCHA J. (editor). *Pedagogická encyklopedie*. Portál, 2009, p. 151-159. (ISBN 9788073675462).
- [4] VIGNEROVÁ, J., HUMENÍKOVÁ, L., BRABEC, M., RIEDLOVÁ, J., BLÁHA, P. Long-term changes in body weight, BMI, and adiposity rebound among children and adolescents in the Czech Republic. *Economics and human biology*, 2007, vol. 5, no. 3, p. 409-425.
- [5] VIGNEROVÁ J., HUMENÍKOVÁ L., PAULOVÁ M., RIEDLOVÁ J.: Prevalence of overweight, obesity and low weight in Czech child population up to 18 years in last 50 years. *J Public Health*, 2008, 16:413-420.
- [6] PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. *Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence*. Praha : Galén, 2007, 237 s., s. 27-65.

Kontaktní údaje

Bc. Kateřina Beranová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Jeronýmova 10, 371 15, České Budějovice

e-mail: katka.beran@email.cz

Bc. Lubomír Krankuš

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Jeronýmova 10, 371 15, České Budějovice

e-mail: Lubany@centrum.cz

Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Jeronýmova 10, 371 15, České Budějovice

e-mail: schuster@pf.jcu.cz

TRANSKULTURNÍ ASPEKTY PÉČE O OBČANY Z BOSNY A HERCEGOVINY

Aida Bešić

Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt

V Evropě dochází ke zvýšené migraci a zdravotní sestry se tak mohou častěji setkat s pacienty jiných národností. Příspěvek se zabývá transkulturními aspekty péče o občany z Bosny a Hercegoviny.

Klíčová slova

Kultura, Bosna a Hercegovina, ošetrovatelský přístup.

TRANSCULTURAL ASPECTS OF CARE FOR CITIZENS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

Abstract

Due to increased migration in Europe nurses can meet more frequently with patients of other nationalities. The papers deals with transcultural aspects of care for citizens of Bosnia and Herzegovina.

Key words

Culture, Bosnia and Herzegovina, nursing approach.

Úvod

Ve zdravotnictví dochází každodenně ke kontaktu různých kultur. V rámci Evropy dochází v posledních desetiletích ke zvýšené migraci a předpokládá se, že tento trend bude nadále pokračovat. Ošetřující personál se setkává s jazykovými a specifickými problémy týkající se migrace a částečně také s neznámými společensko-kulturními koncepty a postupy s cizinci (Tijanica, 2008, s.250). Pobyt cizince ve zdravotnickém zařízení může být zdrojem stresu nejen pro něho, ale i pro ošetřující personál.

Východiska řešení problematiky

Jako občanka Bosny a Hercegovina, emigrantka a zároveň vysokoškolsky vzdělaná sestra jsem cítila potřebu věnovat se problematice kulturně podmíněné péče o občany Bosny a Hercegoviny.

Znalost specifických vlastností náboženství přispívá k lepšímu porozumění mezi pacientem a ošetřujícím personálem. V Bosně a Hercegovině staletí existují vedle sebe různá náboženství. Většina obyvatel se hlásí k jednomu ze dvou velkých monoteistických náboženství (křesťanství nebo islámu).

Co se týče stravy, tak většina muslimů nepije alkohol a nejí vepřové maso. Někteří vůbec nedodržují náboženská pravidla kromě měsíce Ramadán. V měsíci Ramadán se bude většina pacientů snažit dodržovat pravidla nejíst a nepít od východu do západu slunce i přesto, že ví, že to může negativně ovlivnit jejich zdravotní stav. Budou odmítat brát léky, aplikaci injekcí či rektální měření teploty. Ortodoxní křesťané se taky budou snažit dodržovat pravidla půstu v postním období, a to dokonce i v nemocnici, přestože vědí, že to může poškodit jejich zdraví.

Bosňané mají velmi silné rodinné a přátelské vztahy. Pokud je to možné, je dobré pacientům z Bosny a Hercegoviny, ponechat čas pro jejich každodenní kávu. Tento nápoj je součástí každodenního života Bosňana a pacient se bude snažit, mít při tomto rituálu společnost. Někoho ze své rodiny, či spolubydlící z pokoje.

V nemocnici jsou běžné dlouhé a opakované návštěvy, které čítají více osob. Pokud to chod oddělení dovoluje, je dobré tyto návštěvy umožnit. Návštěvy se starají i o hygienu pacienta, pokud ji pacient nezvládá sám.

Pacientovi by se mělo určitě nechat v jeho pokoji soukromí, prostor a čas pro modlitbu, pokud jej vyžaduje. Křesťanům lze nabídnout návštěvu nemocniční kaple.

Pacienti si chtějí okolí svého lůžka upravit podle sebe. Nikdy se nesmíme dotýkat pacientových věcí bez dovolení.

S každým pacientem se musí hovořit a jednat jako s unikátním jedincem. S mladším pacientem se dá spolehnout na znalost anglického nebo německého jazyka, ale u starších lidí, se spoléháme spíše na neverbální komunikaci nebo tlumočnicka. Je vždy lepší uskutečnit rozhovory s pacientem v přítomnosti jeho příbuzných. V těchto případech se pacient cítí bezpečněji. Většina Bosňanů věří více lékařům, než sestřám. Stává se, že i když sestra pacienta informuje o jeho stavu, ten i nadále trvá na konzultaci s lékařem. Nejlepší je pokusit se vyplnit toto přání, aby byl pacient klidný. Většinou chce být informován o všem, co se děje.

Pokud se s pacientem dohodneme na setkání, je velmi důležité dodržet dohodnutý časový termín. Nedodržení domluveného času by mohlo být pochopeno jako urážka a zanedbání povinnosti. V případě, že se pacient dostane do života ohrožující situace, měla by se okamžitě kontaktovat rodina. Pacienti, kteří umírají a jsou věřící, si nejspíš budou přát zemřít podle náboženských pravidel a v přítomnosti kněze.

Smrt muslimského pacienta musí být doprovázena určitým rituálem. Měla by být přítomna rodina a kaplan, který provádí obřad. Umírající se bude snažit ukázat prstem k nebi. Pouze v případě, že skutečně není v okolí žádný muslim, může s tím pomáhat někdo jiný, aby umírající mohl říct svou modlitbu. Umírajícímu musí být nabídnuto něco k pití, nesmí zemřít s žízní. Po smrti člověka, by měly být jeho ruce přeloženy přes břicho, u žen na prsou (Omerbašić, 2001, s.88). Křesťané považují za symbol své víry kříž. Mnozí chtějí mít kříž v ruce nebo na stole, když umírají. Protestanti často najdou podporu a útěchu v modlitbě, nebo obrázku s textem modlitby. Ikony svatých mají vysokou hodnotu pro pravoslavné křesťany.

Cíle

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit vědomosti zdravotnických pracovníků o státě Bosna a Hercegovina. Dále zjistit případný vliv sociodemografických faktorů (pohlaví, vzdělání, délka praxe) na způsob komunikace s občany Bosny a Hercegoviny.

Soubor a metody

Výzkumný soubor tvořilo 96 sester z Fakultní nemocnice Brno Bohunice. Vstupním kritériem byl respondent pracující na chirurgickém nebo interním oddělení v době šetření a vyjádřený souhlas s účastí. Data byla sbírána pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 11 uzavřených otázek a jednu otevřenou, kde se respondenti mohli vyjádřit ke zkoumané problematice. Sběr dat probíhal v prosinci 2009. Získaná data byla kódována pomocí programu Excel, statistické výpočty byly provedeny programem Statistica, verze 9.0. Pro vyhodnocení odpovědí byl použit Pearsonův chí-kvadrát test, hodnocený na 5% hladině významnosti.

Výsledky

Ve výzkumném vzorku převažovaly ženy (88 %) a to ve věkové kategorii 18 – 25 let. S tím souvisí i fakt, že více než polovina respondentů uvedla délku praxe 1 – 5 let. Relativně vysoké je zastoupení respondentů s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (38 %).

Stát Bosnu a Hercegovinu považuje 51 % respondentů za středně vyspělý, což odpovídá skutečnosti. Systém zdravotní péče v tomto státě hodnotilo 46 % respondentů jako špatný nebo hodně špatný. To potvrzují například i Peška, Klausman (2008), kteří označují zdravotní péči za velmi špatnou a srovnávají ji se zdravotní péčí v ČR za dob totality. Za největší problém označují přebujelou administrativu a korupci. Špatná zdravotní péče je rovněž důsledkem proběhlé války. Správné převládající náboženství (islám) uvedlo 46 % respondentů. Při komunikaci s občanem Bosny a Hercegoviny by 52 % respondentů komunikovalo pouze verbálně. Všichni respondenti souhlasili s nutností kulturně podmíněné péče, ale zájem o specifika péče o občany z Bosny a Hercegovino nemá celých 39 % respondentů.

Závislost byla potvrzena mezi stylem komunikace a pohlavím ($p=0,019$). Ženy častěji volili kombinaci verbální i neverbální komunikace, muži naopak volili pouze verbální komunikaci, kombinaci verbální a neverbální komunikace nezvolil ani jeden muž. Dále byla zjištěna závislost mezi stylem komunikace a stupněm vzdělání ($p=0,009$). Nejméně volili respondenti možnost pouze neverbální komunikace. Upřednostňovali spíše komunikaci verbální nebo kombinaci verbální a neverbální komunikace. Respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou volili téměř shodně využití verbální komunikace nebo kombinaci obou stylů (verbálně i neverbálně). U respondentů s vyšším odborným vzděláním převažoval verbální styl komunikace a u vysokoškolsky vzdělaných respondentů převažovala kombinace obou stylů komunikace. Závislost mezi stylem komunikace a délkou praxe nebyla potvrzena.

Diskuze

Při péči o jakéhokoli pacienta je klíčová vždy komunikace. Ta je základem. Komunikace není vždy jednoduchou záležitostí, a to ani tehdy, pokud zdravotník a pacient hovoří stejným jazykem (Macková, 2008, s. 118 – 121). O to obtížnější je komunikace za situace, kdy pacient nepoužívá stejný jazyk jako zdravotník. Přesto by 52 % respondentů komunikovalo jen verbálně. Verbálně znamená, že by ke komunikaci využili buď nějaký světový jazyk, nebo by komunikovali za pomoci rodinného příslušníka nebo profesionálního tlumočnicka. Každá z možností má svá potencionální rizika, což je třeba si uvědomit. Jak uvádí Kai (2003), u komunikace pomocí světového jazyka hrozí zkeslení v důsledku malé úrovně znalosti tohoto jazyka na jedné nebo druhé straně, tedy na straně pacienta nebo zdravotníka. Pokud budeme komunikovat za pomoci rodinného příslušníka, hrozí zase riziko zkeslení ze strany tohoto tlumočnického rodinného příslušníka. Může mít tendenci informace doplňovat či subjektivně zabarvovat. Relativně nejvhodnější možností je komunikace za pomoci profesionálního tlumočnicka, ovšem i ta není ideální. Macková (2007, s. 50-51) uvádí, že v praxi je poměrně obtížné tlumočnicka sehnat a vzhledem k tomu, že se pohybujeme v oblasti zdravotnictví, musíme myslet i na stud pacienta. Může se tak stát, že nám pacient zamlučí důležité informace. Jen pro zajímavost, respondenti volili nejčastěji možnost komunikace v cizím světovém jazyce (16 % respondentů), na druhém místě za pomoci rodinného příslušníka (15 % respondentů) a na třetím místě komunikaci za pomoci tlumočnicka (7 % respondentů). Ostatní volili vždy více než jednu možnost verbální komunikace. Neverbálně – systém ruka, noha si zvolili 3 % respondentů a za pomoci pomůcek (obrázky, názorné pomůcky) by komunikovalo pouze 1 % respondentů. Ostatní si zvolili možnost kombinace s verbální komunikací.

Závěr

V současné době žije na území České republiky zhruba 3 000 občanů Bosny a Hercegoviny. Výzkumné šetření ukázalo, že zkoumaný soubor sester má poměrně reálnou představu o jejich domovině. Problém byl pouze u identifikace převládajícího náboženství. Z tohoto úhlu pohledu hrozí potencionální selhání při poskytování zdravotní péče s ohledem na náboženské vyznání.

Za významné zjištění považuji informaci o případném způsobu komunikace s pacientem z Bosny a Hercegoviny. Řada respondentů by při verbální komunikaci používala pouze jeden způsob komunikace (v cizím jazyce, za pomoci rodinného příslušníka nebo za pomoci tlumočnicka) a zde opět hrozí zvýšené riziko komunikačních chyb ve smyslu nedorozumění či zkeslení informací.

Doporučení pro praxi

Vzhledem k tomu, že pouze verbální styl komunikace by zkoumané sestry zřejmě použily při poskytování péče pacientům i jiných národností, doporučuji zaměřit se při pregraduálním i celoživotním vzdělávání právě na tuto problematiku. Prostor by měl být dán i základním informacím o jednotlivých náboženstvích, protože s narůstajícím počtem migrantů bude narůstat i počet pacientů jiného, než křesťanského vyznání.

Použitá literatura

- [1] KAI, J. 2003. *Ethnicity, Health, and Primary Care*. 1. vydání. Oxford:Oxford University Press, 2003. 229 p. ISBN 0-19-851573-1.
- [2] MACKOVÁ, M. 2008. Nové trendy ve výuce komunikace. In *Zborník z II. Vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov v ošetrovatelstve*. Trenčín: Fakulta zdravotníctva, TU Alexandra Dubčeka v Trenčíně, 2008. ISBN 978-80-8075-265-1, s.118 – 121.
- [4] MACKOVÁ, M. 2007. Komunikace s umírajícími a pozůstalými. In *Sborník celostátního kongresu XI. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: DTO CZ,s.r.o., 2007. ISBN 978-80-82-01967-1, s. 50 – 51.
- [5] OMERBAŠIĆ, Š.2001. Udžbenik islamskog vjeronauka za 7.i 8. razred osnovne škole. 1.vydání. Zagreb: Mešihad islamske zajednice 2001, 99s.
- [6] PEŠKA, Z. – KLAUSMAN, A.2008. *Albánie, Makedonie, Bosna a Hercegovin*. In *Hospodářské noviny* [online].2008.[cit. 10.4.2010]. Dostupné na internetu: <http://hn.ihned.cz/c1-24087940-business-travel>
- [7] TIJANIC, M. a kol. 2008. *Zdravstvena njega, savremeno sestrinstvo*. 1.vydání. Beograd: Naučna knjiga, 2008, 1000 s. ISBN 866 0210-069.

Kontaktní údaje

Mgr. Aida Bešić

Ústav preventivního lékařství, LF MU

Kamenice 5

625 00 Brno

e-mail: aida_du_bi@yahoo.com

PIELĘGNIARKI A PRZEMYSŁ FARMACEUTYCZNY

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

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet
Rzeszowski, Polska

Streszczenie

Pielęgniarki są jedną z wielu grup zawodowych, które uczestniczą w złożonym procesie leczenia farmakologicznego pacjentów. W ekonomice leku promocja zawsze odgrywała pierwszo planową rolę. W warunkach silnej konkurencji na rynku produktów farmaceutycznych coraz szersze zastosowanie w zdobywaniu przewagi konkurencyjnej znajdują instrumenty promocyjne. Dystrybucja produktów farmaceutycznych obejmuje zazwyczaj cztery ogniwa: producenta, hurtownika, aptekarza i klienta. Informacja i promocja należą do grupy najważniejszym strumieni w kanale dystrybucji.

Celem pracy było poznanie opinii przedstawicieli firm farmaceutycznych na temat udziału pielęgniarki w leczeniu farmakologicznym pacjentów.

Badania przeprowadzono w okresie badań od stycznia do czerwca 2011 wśród 100 reprezentantów medycznych firm farmaceutycznych, odwiedzających lekarzy zatrudnionych w szpitalu wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostyczny z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu. W opracowaniu statystycznym wykorzystano test chi – kwadrat.

Zdecydowana większość respondentów uznała, że pielęgniarki są członkami zespołu terapeutycznego (90%) i uczestniczą w leczeniu farmakologicznym (80%). 40% wskazało, że pielęgniarki/pielęgniarze powinni stanowić grupę docelową promocji leków. 32% stwierdziło, że nie, a 28% nie udzieliło odpowiedzi. Ponad połowa (55%) wskazała, że ma kontakt z pielęgniarką raz w tygodniu i częściej. Przedstawiciele wysoko oceniają wiedzę pielęgniarek na temat leków (45% bardzo dobrze, 40% dobrze). 60% respondentów uważa, że pielęgniarka może podać odpowiednik zleconego leku bez konsultacji z lekarzem. Duża grupa (45%) stwierdziła, że w przyszłości uprawnienia pielęgniarek w ordynacji leków wzrosną. 62% przedstawicieli kieruje się opiniami pielęgniarek na temat stosowania leków.

Pielęgniarki biorą czynny udział w leczeniu farmakologicznym i dla dużej grupy badanych mogłyby stanowić docelową grupę promocji leków. Badani reprezentanci często odwiedzają grupę zawodową pielęgniarek, wysoko oceniają poziom wiedzy na temat leków i uznali, że w przyszłości będą miały większy udział w ordynacji leków.

Słowa kluczowe

Pielęgniarki, lek, marketing.

NURSES AND PHARMACEUTICAL INDUSTRY

Abstract

Nurses as health professionals take part in a complex process of pharmacology treatment. Drug promotion has always play a leading role in drug economy. Promotional instruments are more and more important in gaining a competition advantage in a strong competition on pharmaceutical industry. Pharmaceutical drugs' distribution usually includes four links: producers, wholesalers, pharmacists and patients. Information and promotion constitute the most important streams of distributional channel.

An aim of the paper was to acknowledge opinions of medical sales representatives of pharmaceutical companies in pharmacology treatment.

Material and methods: The study was carried out in Poland between January and June 2012 among 100 medical sales representatives, who visited physicians employed in Voivodeship Hospital in Rzeszow, Poland. The survey was conducted by means of a diagnostic survey with the use of questionnaire. Chi-square test was used for statistical analysis.

Results: In the opinion of the majority of respondents (90%) nurses are members of therapeutic team and take part in pharmacology treatment (80%). 40% of them indicated that nurses should be a target group in drugs promotion, and 32% had an opposite opinion and 28% no opinion. More than a half (55%) said to be in touch with a nurse once or more a week. Medical sales representatives high asses nurses' knowledge on drugs (45% very well, 40% well). 60% of respondents said that a nurse might administer an equivalent of a drug without doctor's consultation. Large group (45%) said that in the future will increase competences of nurses in drug administration. 62% of medical sales representatives said that follow nurses' opinions regarding use of drugs.

Conclusions: Nurses take an active part in pharmacology treatment and for the large group of respondents might be a target group of drugs promotion. Studied represents often visit nurses, high assess nurses' knowledge on drugs and acknowledge that in the future nurses would have more competences in drug administration.

Key words

Nurses, drug, marketing.

Contact details

Monika Binkowska-Bury
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski, Polska

PÉČE O DÍTĚ S ASTMA BRONCHIALE

Markéta Blažková¹, Petr Snopek¹, Vladimíra Šudřichová²

¹Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

²Nemocnice Kyjov

Abstrakt

Astma patří mezi nejčastější chronická onemocnění dětského věku. Pokud je včas rozpoznáno a dobře léčeno, jeho prognóza je velice dobrá. V České republice se vyskytuje 5-10 % dětí, které mají astma vyžadující léčbu. Důležitá je v tomto případě nejen správná farmakologická léčba, ale především snaha o stabilizaci onemocnění v domácím prostředí pomocí klimatoterapie, dechové gymnastiky, muzikoterapie, míčkování, saunování, jógy, psychoterapie apod. Součástí prevence astmatu je i odstranění spouštěcích faktorů, které astma vyvolávají.

Klíčová slova

Astma, edukace, inhalace, dechová gymnastika, muzikoterapie, alternativní medicína.

CARING FOR A CHILD WITH ASTHMA BRONCHIALE

Abstract

Asthma is the most common chronic disease of childhood. If the time recognized and well treated, the prognosis is very good. In the Czech Republic there are about 5-10 % of children with asthma requiring treatment. Important in this case is not only pharmacological treatment, but primarily an effort to stabilize the disease at home with climatotherapeutics, respiratory gymnastics, music, ball, sauna, yoga, herbal medicine and psychotherapy. As part of prevention and elimination of asthma triggers that cause asthma.

Key words

Asthma, education, inhalation, respiratory gymnastics, alternative medicine.

Úvod

V péči o astmatické děti po prvním astmatickém záchvatu je stěžejní správná edukace rodičů a dětí. Velmi důležitá je edukace v oblasti správné aplikace léků pomocí různých typů inhalátorů, příp. spacerů u malých dětí, vyhýbání se rizikovým faktorům a také možnosti používání alternativních metod léčby astmatu, které mají svůj podíl na úspěšné stabilizaci onemocnění. V našem průzkumném šetření nás zajímalo, jakým způsobem rodiče astmatických dětí přistupují k těmto oblastem v rámci domácí péče a zda mají dostatek informací o správném postupu aplikace léků do dýchacích cest, o nutných režimových opatřeních při tomto onemocnění a o alternativních metodách při léčbě astmatu. Mezi

alternativními metody, na které jsme se zaměřili, patřily klimatoterapie, míčkování, dechová gymnastika, muzikoterapie, saunování, jóga, herbální medicína a psychoterapie.

Východiska řešení problematiky

Na vzniku astmatu se podílejí mechanismy jednak imunologické, kdy bronchospasmus je vyvolán IgE protilátkami, a jednak neimunologické, kdy bronchospasmus je navozen fyzikální a chemickou iritací, námahou, infekcí či psychologickou alterací (Votava, 1996). Příčinou astmatických potíží jsou tři rozhodující změny, které zužují průsvit průdušek: otok stěny, především sliznice, konstriktce (stažení) hladké svaloviny průdušek, dyskrinie, tj. produkce nadměrného množství viskózního sekretu. Tyto tři změny, které způsobují bronchiální obstrukci se u různých nemocných, v různých obdobích nemoci a v různém poměru kombinují. Tyto tři změny jsou ve své podstatě projevem zánětu, nezávisle na tom, zda k němu dochází alergickými či nealergickými mechanismy (Navrátil, et al., 2008). Jako každá nemoc je astma výsledkem vzájemného vztahu jedince a zevního prostředí. Na astma mají vliv genetické dispozice jedince a zevní vlivy prostředí (Teřl, Rybníček, 2008). Příčiny způsobující vznik atopického alergického astmatu, můžeme zařadit do čtyř skupin. Jsou to příčiny genetické, environmentální (faktory prostředí), imunopatologické a neuroendokrinní (Ferenčík, et al., 2005). Nejčastějšími spouštěcími mechanismy astmatu jsou virové nákazy, alergeny, tělesná zátěž, chlad, tabákový kouř a chemické dráždivé látky (Bartůňková, Vernerová, 2002). Z praktického hlediska rozeznáváme čtyři formy astmatu: typický astmatický záchvat, status asthmaticus, astmatický ekvivalent a klidové stadium. Léčba astmatu je u dětí, stejně jako u dospělých, celková. Její součástí je nejen farmakoterapie, ale i režimová opatření, hlavně úprava prostředí (Salajka, et al., 2008). Využity mohou být i alternativní metody léčby astmatu, která zcela jistě nejsou metodou první volby, ale mají své léčebné účinky, a měly by být využívány společně s farmakoterapií. Prognóza astmatu je tím lepší, jestliže je onemocnění diagnostikováno a léčeno včas. Včasnou léčbou se zabrání přechodu onemocnění do chronického stavu se všemi jeho existujícími komplikacemi. Pacient by měl být seznámen s povahou nemoci, s jeho riziky, měl by být informován o zásadách léčby i o případných vedlejších účincích léků. Optimální je stav, kdy lékař a jeho informovaný pacient se podílejí na řízení terapie společně (Bortlová, 2002). Toto pravidlo platí i u dětí, s tím rozdílem, že informování jsou rodiče dítěte a společně s lékařem se podílí na léčbě astmatu.

Analýza problematiky

Cílem šetření bylo:

Zjistit, zda rodiče využívají alternativních způsobů terapie astma bronchiale, příp. jakých.

Zjistit, zda se rodiče snaží minimalizovat, příp. odstranit nežádoucí vlivy, které přispívají k rozvoji astmatických záchvatů.

Zjistit zájem a orientaci rodičů v oblasti léčby, používání inhalátorů a alternativních metod léčby astmatu.

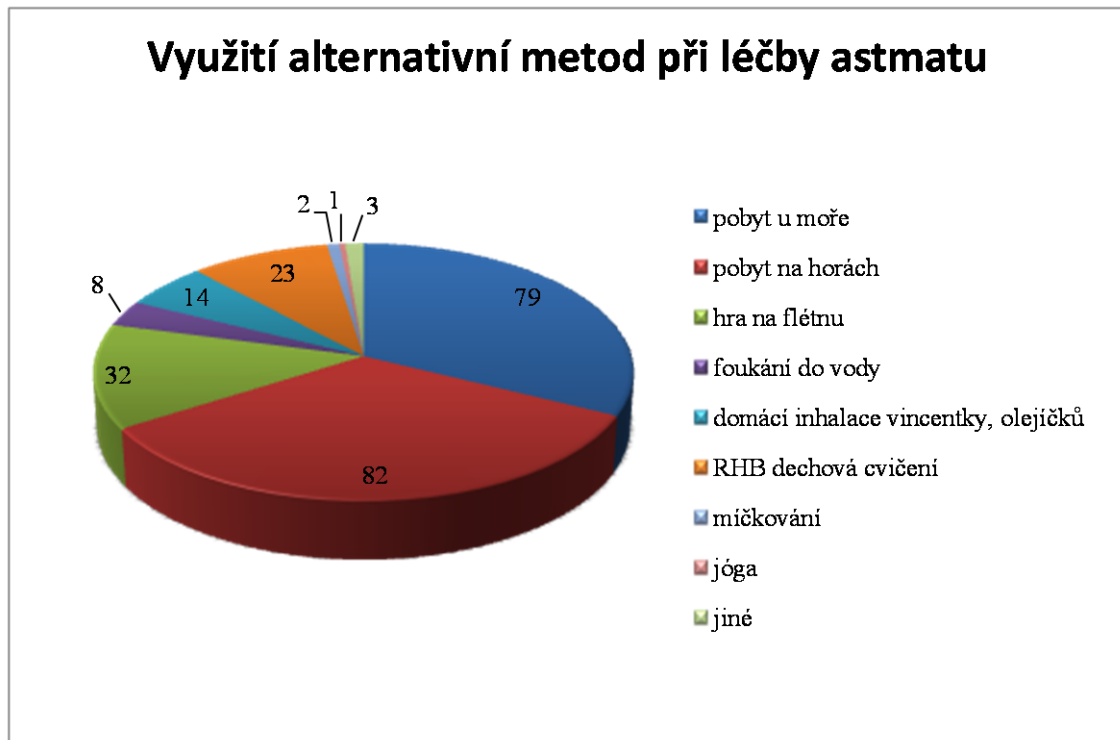
Soubor a metody:

V rámci průzkumného šetření jsme použili metodu nestandardizovaného dotazníku. Použitý dotazník obsahoval celkem 23 otázek zaměřených na problematiku astmatu a alternativních metod léčby u dětí do 15 let. Dotazník byl projednán s MUDr. Bařinovou z alergologické ambulance v Kyjově, která dotazník doplnila i o otázky, které chtěla zjistit sama pro potřeby její praxe. Využitými formami položek byly otázky uzavřené, polozavřené, otevřené a filtrační. Do průzkumného šetření byli zařazeni respondenti (rodiče) z alergologické ambulance v Kyjově. Celkem jsme distribuovali 120 dotazníků, zpracováno bylo následně 110 dotazníků. Návratnost byla tedy 91,67%. Vyřazeno bylo 10 dotazníků z důvodu neúplného nebo chybného vyplnění. Dotazník vyplnilo 26 rodičů (23,63 %), kteří měli děti ve věku 4 – 6 let, 57 respondentů uvedlo (51,82 %), že mají děti s astmatem ve věku 7 – 11 let a 27 respondentů (24,55 %) uvedlo, že mají děti s astmatem ve věku 12 – 15 let. Je tedy patrné, že nejvíce dětí z výzkumného šetření bylo ve věku 7 – 11 let. Nejvíce dětí, v celkovém počtu 62 (56,36%) mělo první záchvat mezi 3.- 4.rokem, 28 dětí (25,45%) mezi 5.-6. rokem, 8 dětí bylo zastoupeno ve skupině 7-8 let, 6 dětí ve věku 0-2 roky, 4 děti ve věku 9-10 let a 2 děti ve skupině 11-12 let. Na otázku, jakým typem astmatu dítě trpí, rodiče v počtu 84 (76,39%) uvedli, že alergickým typem astmatu, 15 respondentů (13,64%) uvedlo nealergický typ astmatu a 11 (10%) rodičů vybralo možnost nevím.

Současně nás také zajímalo, zda budou mít rodiče zájem o edukační materiály, týkajících se návodu na správnou aplikaci léků do dýchacích cest a o alternativních metodách léčby astma bronchiale. Zpracovaná data byla následně zpracována pomocí statistické metody- test nezávislosti chí-kvadrát.

Výsledky a diskuse

Z průzkumného šetření vyplynulo, že 89 rodičů (80,91 %) využívá alternativních způsobů terapie k léčbě astmatu u svých dětí (viz Graf č. 1). Mezi nejčastěji používané alternativní metody patří klimatoterapie, kde rodiče uváděli krasové či solné jeskyně, přímořské prostředí a horské prostředí. Důvodem využití této metody je zřejmě to, že se jedná o relaxační metody, které nezatěžují, jsou příjemné a mnohdy jsou spojené s dovolenou. Z dalších alternativních metod byla uváděna hra na flétnu. Tato volba metody je dle našeho názoru dobře využitelná, jelikož již ve školkách a na prvním stupni základní školy se děti učí hře na flétnu. Stačí jen tuto dovednost u dětí rozvíjet a podporovat je ve hře na flétnu. Hra na flétnu je v tomto případě nezatěžující a nenásilné výdechové cvičení. Část rodičů se věnuje i rehabilitačním cvičením jako je jóga, rehabilitační cvičení či dechová rehabilitační cvičení. Tato cvičení jsou ale hodně časově náročná a vyžadují spolupráci rodičů a dítěte, protože cviky se musí provádět správným způsobem, aby cvičení bylo efektivní. Připadá mi, že metodu rehabilitačního dechového cvičení využívá malá část rodičů. Důvodem může být jednak nedostatek času, náročnost cvičení, ale i fakt, že k této tématice nelze sehnat dostatečně vhodnou ukázkovou literaturu.



Graf 1- Alternativní metody léčby astmatu

Co se týká rizikových faktorů, které mají vliv na rozvoj astmatických záchvatů, jsme se zaměřili např. na BMI dítěte, sportování, dědičnost, přítomnost zvířecího alergenu a kouření. Zabývali jsme se otázkou, zda-li má BMI dítěte vliv na rozvoj astmatu. Z průzkumného šetření vyplynulo, že BMI vliv na rozvoj astmatu nemá. Co se týká sportu, tak byl výsledek překvapující. Velká část dětí má zájem o sport. Sportovní činnosti dětem nedělají potíže ani v takových oblastech jako je fotbal, florbal, judo, plavání, karate, aerobik, vybíjená. Ve sportovních kroužcích si děti nenásilnou formou zvykají na postupnou dechovou a fyzickou zátěž. Dochází k rozvoji plic, zvětšování plicních objemů a tím i k celkovému zlepšování zdravotního stavu. Dědičnost je také jedním z faktorů, který se může podílet na vzniku astma, že existuje určitá dědičná dispozice. Z průzkumného šetření vyplynulo, že celkem 61 dětí (55,45 %) dětí má v rodině někoho, kdo trpí astmatem. Otázkou samozřejmě zůstává, do jaké míry můžeme daný výsledek posuzovat, jednalo-li se o tak malou část respondentů. Dále jsme se zabývali otázkou kouření rodičů, prarodičů a příp. dětí. Průzkumem jsme zjistili, že u 72 dětí (65,45 %) nikdo z rodiny nekouří. Je očividné, že většina rodičů nekouří a snaží se eliminovat negativní vlivy, které by uškodily jejich dítěti. Překvapivé pro nás bylo zjištění, že v jednom případě dokonce dítě starší 12 let kouřilo a rodiče o tom věděli. Další otázkou položenou rodičům bylo, je-li jejich dítě alergické na zvířecí alergen a na jaký a jestli má dítě doma zvířecího „mazlíčka“. Otázky nebyly použity v návaznosti na sobě. Zjistili jsme, že 53 dětí (48,18 %) má doma zvířecího „mazlíčka“, např. psa, kočku, želvu, koně, rybičky, hada, křečka, papouška, z toho 4 děti (7,55 %) mají doma „mazlíčka“, na kterého jsou alergické, ve dvou případech se jednalo o psa, v jednom případě o kočku a morče. Tyto děti trpěly astmatem více jak 1x měsíčně. Tento zvířecí alergen se mohl podílet u dětí na vyvolání záchvatů.

Co se týká třetího cíle, tak z průzkumného šetření vyplynulo, že nejčastější formou inhalační aplikace léčiva je diskus. Využívá ji 61 dětí (55,45 %). Je to dle našeho názoru proto, že tato forma inhalace je vhodná jak pro menší, tak i větší děti, které spolupracují, a nevyžaduje koordinaci „ruka – nádech“. U malých dětí je výhodnější používat inhaler se spacerem, který nevyžaduje vůbec žádnou spolupráci dítěte. Šetření ukázalo, že ji používá 25 dětí. Dle výsledků odpovědí můžeme říci, že podstatná část rodičů je orientovaná v metodách léčby astmatu. Velká část rodičů v souvislosti se zájmem o léčbu dítěte, projevila zájem o lázeňskou léčbu, pokud by jim ji lékař nabídl. Lázeňskou léčbu neprodělalo 92 dětí (83,64 %) Dané číslo je dle našeho názoru vysoké. V České republice existuje několik dětských léčeben, které se na léčbu astmatu zaměřují, např. Lázně Luhačovice, Speleoterapeutická léčebna v Ostrově u Macochy, Lázně Bludov, Lázně Velké Losiny apod. V neposlední řadě nás zajímal zájem rodičů o edukační materiály. Výsledek byl pro nás velmi překvapivý. Celkem 87 rodičů (79,09 %) mělo zájem o edukační letáky ohledně správného postupu používání určitých typů inhalátorů i když rodiče uváděli, že jim toto nečiní problém a 91 rodičů (82,73 %) mělo zájem o edukační letáky v rámci dechové rehabilitace. Vytvořili jsme tedy dva typy edukačních materiálů. Jedna ze spoluautorek doma spolu se synem nafotila jednotlivé kroky správné inhalace diskových inhalátorů, inhalátoru a spaceru. Vše proběhlo pod odborným dohledem MUDr. Bařinové. Edukační letáky, které byly v ambulanci distribuovány rodičům měly název: „*Návod k používání diskových inhalátorů*“ a „*Návod ke správnému používání inhalátoru a spaceru*“. U dechové rehabilitace jsme také požádali v rámci tvorby edukační brožurky o odbornou korekci MUDr. Putzovou z rehabilitačního oddělení Kyjov. Edukační brožurka nese název „*Dechová cvičení pro děti v domácím prostředí*“.

Závěr

Astma bronchiale patří mezi častá onemocnění dětského věku a zdá se, že nemocných dětí stále více přibývá. Důvodem je spousta příčin, ale nejčastěji se jedná o alergizující astma. Toto onemocnění je natolik rozšířené nejen mezi dětmi, ale i dospělými, že se tímto onemocněním zabývá Česká iniciativa pro astma, která radí nejen zdravotníkům, ale i laikům.

Od počátku vzniku astmatu až po dnešek bylo vyvinuto nepřeberné množství léků a možností, jak astma léčit a jakým způsobem zkvalitnit život takto nemocným lidem. Bylo provedeno mnoho výzkumů, které se zabývaly astmatem, ale převážně se jednalo o výzkumy zaměřené na medikamentózní léčbu, případně klimatoterapii. Proto jsme se rozhodli ve své práci zaměřit celkově na metody alternativní medicíny léčby astmatu, zda je rodiče dětí využívají, či nikoliv a hlavně na dechová rehabilitační cvičení. K tomuto tématu je nedostatek literatury, tudíž jsme se na základě i zájmu ze strany rodičů rozhodli, že vypracujeme edukační brožury pro děti, ale i pro dospělé. Podle ní mohou cvičit i ti nejmenší dle svých schopností i starší věková populace.

I když někdo považuje alternativní metody léčby astmatu za nedůležité a podřadné, určitě mají tyto metody svůj zásadní podíl v léčbě astmatu a jsou nedocenené. Rozhodně by byla škoda těchto metod nevyužít. Tyto metody jsou příjemné, nenáročné, relaxační a při zvolení vhodné metody si dokážou příjemně strávený čas užít nejen děti, ale i rodiče.

Doporučení pro praxi

V rámci doporučení pro praxi byly vytvořeny již zmíněné edukační brožurky, které jsou nabízeny všem novým malým pacientům a jejich rodičům na alergologické ambulanci v Kyjově a Hodoníně. O všem byla informována náměstkyně ošetrovatelské péče nemocnice Kyjov Bc. Neničková Veronika, které se nápad líbil, a ve všem nám vyšla maximálně vstřícně. Co se týká edukačního materiálu k dechové rehabilitaci, tak jsme zjistili, že existuje velmi málo takových návodů k dechovým cvičením, dokonce ani v Janských Lázních, kde byl syn jedné ze spoluautorek na léčebném pobytu, neměli k dispozici žádnou literaturu.

Věříme, že tyto edukační materiály budou cenným pomocníkem pro rodiče dětí s astma bronchiale.

Použitá literatura

- [1] BARTŮŇKOVÁ, J.; VERNEROVÁ, E. *Imunologie a alergologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 84 s. ISBN 80-7254-289-3.
- [2] BORTLOVÁ, A., et al. Bronchiální astma. *Trendy v medicíně: Pneumologie*. 2002, 4. ročník, 4. číslo, s. 3-5. ISSN 1212-9046.
- [3] FERENČÍK, M., et al. *Imunitní systém*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6.
- [4] SALAJKA, F., et al. *Diagnostika, léčba a prevence průduškového astmatu v České republice*. 1. vyd. Praha: Jalna, 2008. 120 s. ISBN 978-80-86396-32-3.
- [5] NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [6] TEŘL, M.; RYBNÍČEK, O. *Asthma bronchiale v příčinách a klinických obrazech*. 2. vyd. Cheb: Geum, 2008. 314 s. ISBN 978-80-86256-59-7.
- [7] VOTAVA, V. *Pneumologie v praxi*. Praha: Galén, 1996. 280 s. ISBN 80-85824-32-9.

Kontaktní údaje

Mgr. Markéta Blažková
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií
Ústav ošetrovatelství
Nám. T.G.Masaryka
760 01 Zlín
e-mail: blazkova@fhs.utb.cz

Mgr. Petr Snopek, DiS.
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií
Ústav ošetrovatelství
Nám. T.G.Masaryka
760 01 Zlín
e-mail: snopek@fhs.utb.cz

Bc. Vladimíra Šudřichová
Plicní oddělení, nemocnice Kyjov
Strážovská 1247
697 01 Kyjov
e-mail: sudrichova.vladimira@centrum.cz

OŠETROVATEĽSKÁ INFORMATIKA

Jana Boroňová¹, Dagmar Richnáková²

¹Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

²Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt

Rýchly rozvoj informačných technológií je charakteristickým znakom dnešnej doby. Ošetrovateľstvo ako veda, ktorá sa neustále vyvíja, nezaostáva za týmto trendom. Príkladom tejto skutočnosti je rozvíjajúci sa odbor „ošetrovateľská informatika“.

Príučové slová

Sestra, informatika, informačné technológie

NURSING INFORMATICS

Abstract

Fast development of information technologies is a characteristic feature of these days. Nursing as a field of study, that is constantly in progress, is not behind this trend. “Nursing informatics” as a constantly developing discipline is a great example of this fact.

Key words

Nurse, informatics, information technology

Úvod

Jedným z moderných nástrojov, ktoré pomáhajú sestram na celom svete formovať nové ošetrovateľstvo, je ošetrovateľská informatika. Je súčasťou väčšej vednej disciplíny, nazvanej zdravotnícka informatika (Škrla, 2000).

Mnohí experti v oblasti ošetrovateľstva sa zhodujú v tom, že ošetrovateľská informatika by mala byť považovaná za integrovanú súčasť ošetrovateľstva, miesto toho, aby bola považovaná za vetvu odboru informatiky aplikovanej v ošetrovateľstve.

Podstatou ošetrovateľskej informatiky je pochopenie a definovanie informácií, ktoré sestra potrebuje a využíva v praxi. Ďalej je to aj objavenie spôsobov, ako by jej mohli pomôcť informačné technológie (Thede, 2008).

Dr. Kathryn Hannahová, významná kanadská expertka v oblasti ošetrovateľskej informatiky tvrdí, že prežitie ošetrovateľskej profesie ako takej, je priamo spojené s pochopením a rozvojom ošetrovateľskej informatiky. Predkladá dva hlavné dôvody: ako prvý sa javí akútna potreba sestry poznať najaktuálnejšie informácie vo svojom odbore. Je to dôležité, aby si mohla udržať svoju primárnu rolu ako komunikátora a advokátka pacienta. Druhým dôvodom je nový dôraz na to, aby ošetrovateľstvo bolo založené na vedeckých poznatkoch

a dôkazoch a na maximálnom využití zdrojov. Aby sa ošetrovateľská starostlivosť mohla stať naozaj efektívnou potrebuje informácie a dáta. Pre to, aby sa ošetrovateľstvo zviditeľnilo, potrebuje zhromažďovať a ukladať dáta štandardizovaným spôsobom tak, aby mohlo zodpovedne a presne ukázať, čo robí a ako funguje.

Ošetrovateľská informatika predkladá sestram nástroje, ktoré im umožnia stráviť viac času pri samotnom pacientovi (Hannah, 1985).

História a definície ošetrovateľskej informatiky

Ošetrovateľská informatika ako rozvíjajúci sa odbor vniesla do odborných kruhov polemiku o jasnej definícii. Bolo napísaných viac definícií, ale je jasné, že táto nová veda, ako aj jej jasná definícia, sú stále vo vývoji.

Termín „ošetrovateľská informatika“ bol pravdepodobne prvýkrát použitý v roku 1980 na konferencii MEDINFO v Tokiu, kde Scholes a Barber definovali ošetrovateľskú informatiku ako „používanie výpočtovej techniky vo všetkých odboroch ošetrovateľstva a opatrovateľskej služby a vo vzdelávaní a výskume v ošetrovateľstve“ (Thede, 2008).

V roku 1985 Kathryn Hannahová definovala ošetrovateľskú informatiku ako „využitie informačných technológií v súvislosti s funkciami, ktoré spadajú do rámca ošetrovateľských činností vykonávaných sestrami pri plnení ich povinností“ (Hannah, 1985). Táto definícia bola určená na pokrytie všetkých aspektov informačných technológií, ktoré vykonávajú sestry v súvislosti s starostlivosťou o pacienta, riadením zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľskou praxou, alebo vzdelávaním sestier.

V roku 1989 Graves a Corcoran definovali ošetrovateľskú informatiku ako „kombináciu počítačovej a informačnej vedy s ošetrovateľskou vedou. Jej cieľom je pomôcť pri riadení a spracovaní ošetrovateľských dát, informácií a poznatkov na podporu ošetrovateľskej praxe a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti“ (Graves et al., 1989).

Saba a McCormick v roku 1995 definovali ošetrovateľskú informatiku ako „Využívanie technológií a/alebo počítačových systémov na zber, ukladanie, spracovanie informácií, spôsob, ako získať aktuálne údaje a informácie v rámci jednotlivých zariadení zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú ošetrovateľské a opatrovateľské služby, s prepojením na výskum, inovácie v ošetrovateľskej praxi a vzdelávanie sestier“ (Saba, 1985).

V rokoch 1994 a 1995 Americká asociácia sestier (ANA) uverejnila vo svojich materiáloch rozsah praxe v ošetrovateľskej informatike a štandardy ošetrovateľskej informatiky pre prax. Ďalej definovala náplň práce v odbore ošetrovateľská informatika. V októbri 2001 boli tieto materiály spojené do jednej brožúry. Táto publikácia definovala ošetrovateľskú informatiku ako „špeciálne odvetvie ošetrovateľstva, ktoré integruje ošetrovateľstvo ako vedu a prax do počítačovej vedy a informatiky pre správu a komunikáciu dát, poznatkov a ošetrovateľskej praxe“. Ošetrovateľská informatika uľahčuje integráciu dát, poznatkov a vedomostí k podpore pacientov, ošetrovateľského personálu a ďalších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pomocou informačných technológií a informačných procesov (ANA, 2001).

Rognehaugh definoval ošetrovateľskú informatiku ako „použitie akéhokoľvek počítača a informačnej technológie, podporujúce všetky činnosti ošetrovateľskej starostlivosti vykonávané sestrou pri výkone svojej funkcie“ (Rognehaugh, 1999).

Ošetrovateľská informatika je nový a vzrušujúci odbor, ktorý kombinuje ošetrovateľskú zručnosť s odbornými znalosťami práce s počítačom. Špecialisti v odbore ošetrovateľská informatika riadia a usmerňujú ošetrovateľské dáta a informácie pre zlepšenie rozhodovania spotrebiteľov (pacientov), sestier a ďalších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (American Nurses Credentialing Center, 2005).

Ošetrovateľská informatika spája ošetrovateľstvo s vedou o informáciách a výpočtovou technikou. Jej cieľom je skvalitniť a zefektívniť ošetrovateľskú starostlivosť. Ošetrovateľská informatika v praxi je využitím informačných technológií (počítačov, počítačových sietí, internetu, telekomunikačných inovácií) pre riadenie oddelenia alebo k vzdelávaniu. Predpokladom je tiež schopnosť zbierať, integrovať, organizovať, premiestňovať a prezentovať informácie takým ekonomickým a efektívnym spôsobom, ktorý by bol z hľadiska ošetrovateľského personálu čo najjednoduchší (Škrla, 2000).

Definícia, ktorá bola prijatá v júli 2009 na medzinárodnej konferencii Imia – NI v Helsinkách (Fínsko): „Sestry, ktoré pracujú v odbore ošetrovateľská informatika, využívajú integračné procesy na zhromažďovanie, spracovávanie a spravovanie dát a informácie na podporu ošetrovateľskej praxe, správy, školstva, výskumu a k rozvoju ošetrovateľských znalostí“ (Imia – NI, 2009).

Význam ošetrovateľskej informatiky

Informatika môže zviditeľniť ošetrovateľskú prax na úrovni: miestnej (lokálnej), národnej a medzinárodnej zdravotnej starostlivosti, a tým pomáha sestram využívať informácie na ovplyvňovanie politiky na danej úrovni. Informácie sú kritickou súčasťou efektívneho rozhodovacieho procesu, ktorý je potrebný pre vysokú kvalitu ošetrovateľskej praxe. Informácie a znalosti získané pomocou nástrojov ošetrovateľskej informatiky môžu priniesť zvýšenie povedomia a porozumenia v oblasti ošetrovateľskej a zdravotnej starostlivosti.

Ošetrovateľská informatika sa zaviazala k zachovaniu klinického hľadiska a podpore výskumu, ktorý by priamo prispel k zlepšeniu starostlivosti o pacientov.

Vybudovanie jednotného ošetrovateľského jazykového systému. Bez jednotného systému ošetrovateľského jazyka, nemožno porovnávať informácie z rôznych zdrojov. Výskumníci určili terminologické normy ako základný stavebný kameň pre rozvoj informačných systémov, ktoré podporujú klinické procesy rozhodovania a ošetrovateľstvo založené na dôkazoch.

Hlavný ICN program pre rozvoj jednotného systému ošetrovateľského jazyka je medzinárodná klasifikácia pre ošetrovateľskú prax (ICNP ®). ICNP ® podporuje súčasné i budúce dielo v oblasti rozvoja ošetrovateľskej terminológie a zároveň podporuje rozvoj ošetrovateľskej terminológie, ktorý je v súlade s medzinárodnými normami a v súlade s inými zdravotníckymi odborními. (WHO, 2011)

Integrácia dát do zdravotnej starostlivosti má zásadný význam v prostredí multidisciplinárnej zdravotnej starostlivosti v rámci viacerých aplikačných systémov. S rastúcou globalizáciou, musíme podporovať informačné systémy. Uľahčia komunikáciu a zdieľanie dát v rámci viacerých užívateľov (lekárov). Tieto systémy tiež musia podporovať efektívnu komunikáciu s klientmi a ich rodinami.

Integrácia zdravotnej starostlivosti do systémov dát je nevyhnutná pre realizáciu elektronického zdravotného záznamu. Integrované systémy napomáhajú pri rozhodovacích procesoch týkajúcich sa klinickej praxe, administratívnych a zdravotno-politických otázok.

Výskum v odbore ošetrovateľská informatika bude skúmať používanie klinických informačných systémov a tým pádom poslúži na podporu dôkazov v praxi. Klinické informačné systémy môžu zjednodušiť prístup k pokynom a odkazom na osvedčené pracovné postupy sestier. Rovnako používanie ICNP® v informačných systémoch podnieti vznik klinických dátových skladov a podporí skúmanie klinického ošetrovateľstva. Spoločne s administratívnymi údajmi môže vyhodnotiť prax a vytvárať nové poznatky (Imia-NI, 2009).

Podobným systémom ako ICNP je systém NANDA. Jeho úlohou je zabezpečovať a podporovať rozvoj štandardnej terminológie a systematického zoradovania ošetrovateľských diagnóz, intervencií a výsledných kritérií pre profesijnú prax. V Európe je asociácia ACENDIO s rovnakým účelom ako NANDA. Vznikla v roku 1995 vo Veľkej Británii. Dôvodom vzniku bol integrácia Európy a tvorba štandardných nástrojov riadenia systému starostlivosti o zdravie v EU. Vytvorenie štandardnej terminológie je predpokladom efektívnej komunikácie (Acendio, 2011).

Využitie ošetrovateľskej informatiky

Príklady využitia ošetrovateľskej informatiky:

- využitie umelej inteligencie pri rozhodovaní sestier a pri podpore ošetrovateľského procesu,
- využitie počítačových programov na rozpis služieb a na sledovanie pracovného zaťaženia na oddeleniach,
- využitie počítačov k výučbe pacientov,
- využitie interaktívnych počítačových výukových programov na samostatné vzdelávanie sestier,
- príležitosť pre sestry, využitie dát a informácií vytvorených nemocničným informačným systémom pri strategickom plánovaní budúcnosti svojho oddelenia,
- využitie výpočtovej techniky a internetu na plánovanie projektov a podporu výskumu na oddelení,
- využitie „benchmarkingu“- hľadanie a adaptovanie toho najlepšieho, čo funguje v iných zdravotníckych zariadeniach na zlepšenie ošetrovateľskej starostlivosti na oddelení,
- možnosti výmeny názorov a skúseností medzi členmi globálnej ošetrovateľskej komunity (Škrla, 2000).

Ošetrovateľské informatické organizácie

Imia-NI je záujmová organizácia pre ošetrovateľskú informatiku Medzinárodnej asociácie medicínskej informatiky (Imia). Je to nezisková organizácia, pôvodne ustanovená v roku 1983 ako pracovná skupina, venovaná špecifickým potrebám sestier v odbore ošetrovateľská informatika. Imia-NI organizuje každé tri roky konferenciu, má valné zhromaždenie a vykonáva ďalšie činnosti prostredníctvom svojich pracovných skupín (Imia-NI, 2009).

Zameranie organizácie:

- podporovať spoluprácu medzi sestrami a ďalšími pracovníkmi, ktorí pracujú v oblasti v ošetrovateľskej informatiky;
- preskúmať možnosti v oblasti ošetrovateľskej informatiky, dôsledkov pre nakladanie s informáciami, činností spojených s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, riadením v ošetrovateľstve, výskumom a vzdelávaním sestier;
- podporovať rozvoj ošetrovateľskej informatiky v členských krajinách;
- zabezpečiť informovanie svojich členov za pomoci rôznych stretnutí, konferencií a poskytnúť príležitosť k zdieľaniu vedomostí a výskumu s cieľom uľahčiť komunikáciu o vývoji v tejto oblasti;
- podporovať uverejňovanie a šírenie výsledkov výskumu a vývoja materiálov v oblasti ošetrovateľstva informatiky;
- vypracovať odporúčania, usmernenia a kurzy týkajúce sa ošetrovateľstva informatiky (Imia-NI, 2009).

Vzdelávanie a prax v ošetrovateľskej informatike

U nás sa história ošetrovateľskej informatiky ešte len začína vytvárať. Vo svete, hlavne v USA a Kanade, je ošetrovateľská informatika rozvinutý odbor ošetrovateľstva, s vlastným systémom vzdelávania a praktickým využitím.

Rovnako, ako vo väčšine oblastí, aj v ošetrovateľskej študijné programy stále viac používajú informatiku vo svojich základných osnovách. Existuje viac možností vedúcich k špecializácii v odbore ošetrovateľská informatika: bakalárske vzdelanie, možnosť štúdia pre absolventov vysokých škôl, školenia, ktoré sú k dispozícii buď v rámci programu zdravotníckych škôl, alebo mimo nich. Výber závisí na tom, akú hĺbku znalostí chce uchádzač dosiahnuť.

V USA a v Kanade existuje samostatný odbor - informatika sestier.

Sestry špecialistky v odbore ošetrovateľská informatika majú možnosť zamestnať sa v nemocniciach alebo vo firmách zaoberajúcich sa informačnými nemocničnými systémami. Príklady pracovných miest v odbore ošetrovateľská informatika:

- Programátor pre ošetrovateľstvo, ktorý píše alebo upravuje počítačové programy pre sestry.
- Komunikátor pre ošetrovateľstvo, ktorý pracuje s inými zdravotnými sestrami a pomáha im identifikovať potreby počítačového systému alebo pomáha pri vzdelávaní a zavádzaní týchto systémov do praxe.

- Informatik – sestra manažérka, ktorý riadi alebo spravuje informačné systémy.
- Zástupca predaja pre ošetrovatel'stvo, ktorý predvádza a ponúka systémy pre potenciálnych zákazníkov (Health care Information and Management Systems Society, 2009).

Na Slovensku sa výučba v odbore ošetrovateľská a zdravotnícka informatika rozvíja. Ošetrovateľská informatika je súčasťou osnov v predmete manažment ošetrovatel'stva v bakalárskom a magisterskom stupni vzdelávania v odbore ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia. Nariadenie vlády 322/2006, ktoré informuje o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, obsahovalo špecializačný odbor „Zdravotnícka informatika“ pre sestry a pôrodné asistentky (Nariadenie vlády SR 322/2006 Z.z.) Toto špecializačné štúdium pre sestry a pôrodné asistentky organizovala Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. V novom nariadení vlády, platnom od 01.07.2010, špecializačný odbor zdravotnícka informatika pre sestry a pôrodné asistentky neexistuje (Nariadenie vlády SR 396/2010 Z.z.).

Záver

Informatika a informačné systémy hrajú v sfére zdravotníctva stále dôležitejšiu úlohu. S vývojom informačných technológií a informatizáciou zdravotníctva sa dostáva do popredia odbor – zdravotnícka informatika, ktorého súčasťou je ošetrovateľská informatika.

Ošetrovateľská informatika, ako nový rozvíjajúci sa odbor, nesie v sebe veľký potenciál. Má možnosť pomôcť sestrám zlepšiť, uľahčiť a skvalitniť ich prácu. Zároveň kladie dôraz na ošetrovatel'stvo ako na vedu založenú na dôkazoch.

V praxi môžeme ošetrovateľskú informatiku vidieť aj v práci sestry s nemocničným informačným systémom.

Treba však pripomenúť, že nijaký počítač, žiadny informačný systém a program nenahradí ľudskú prítomnosť, úsmev a privetivosť. To je základom profesie sestry a na to sa nesmie nikdy zabúdať.

Použitá literatúra

- [1] AMERICAN NURSES ASSOCIATION.2001. *Scope and standards of nursing informatics practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing. Washington
- [2] <http://www.duke.edu/~cls42/Nusing%20Informatics%20The%20Scope%20of%20Practice%20within%20the%20Field%20of%20Health%20Informatics.pdf>
- [3] AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. 2010. *Informatics nurse certification exam*. [Web document]. The Center. [cit. 2010-08-20]. Dostupné na internete: <<http://nursingworld.org/ancc/certification/certs/informatics.html>>.
- [4] ASSOCIATION FOR COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSES, 2011. *Interventions and Outcomes*. [online][cit. 2010-08-08] Dostupné na internete:
- [5] <http://www.acendio.net/welcome-to-the-redesigned-acendio-site/>
- [6] GRAVES, JR. - CONCORAN, S., 1989. *The study of nursing informatics* [Electronicversion]. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 21, 227-231. Zdroj:

- Sunderman, Cindy. Nursing Informatic The Scope of Practice withi nthe Field of Health Informatics
- [7] [cit. 2010-03-18]. Dostupné na internete: <http://www.duke.edu/~cls42/Nusing%20Informatics%20The%20Scope%20of%20Practice%20within%20the%20Field%20of%20Health%20Informatics.pdf>
- [8] HANNAH, K. J.- Guillemin, E. J - Conklin, D. N., 1985. *Nursing Usesof Computers and Information Science*. Proceedings of the IFIP/IMIA International Symposium on Nursing Uses of Computers and Information Science (Calgary, Alberta, Canada; May 1–3, 1985). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier
- [9] Zdroj:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463042/>
- [10] *HEALTHCARE INFORMATION AND MANAGEMENT SYSTEMS SOCIETY*. Become a Nursing Informatics Specialist. 2009. [cit. 2010-08-18]. Dostupné na internete:
- [11] <http://www.allnursingschools.com/nursing-careers/career/nursing-informatics>
- [12] HIMSS. 2009. *Nursing informatics impact survey executive summary*. [online][cit. 2011-02-08] Dostupné na internete:
- [13] http://www.himss.org/ASP/topics_nursingInformatics.asp
- [14] NARIADENIE VLÁDY SR 322/2006 Z. z o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. 2006. [online] [cit. 2010-06-16]. Dostupné na internete: <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=19447&FileName=06-z322&Rocnik=2006>
- [15] RICHNÁKOVÁ, D., 2011. *Vplyv zavedenia nemocničného informačného systému na ošetrovateľskú starostlivosť vo fakultnej nemocnici Trnava*, rigorózna práca., Trnavská univerzita v Trnave
- [16] ROGNEHAUGH, R., 1999. *The health information technology dictionary*. Gaithersburg: MD: Aspen Publishers, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463042/>
- [17] SABA, V. K. - MCCORMICK, K. A., 1995. *Essentials of Computersfor Nurses*. York: McGraw Hill 1995). Zdroj: <http://www.duke.edu/~cls42/Nusing%20Informatics%20The%20Scope%20of%20Practice%20within%20the%20Field%20of%20Health%20Informatics.pdf>
- [18] ŠKRLA, P. Ošetrovateľská informatika, In: *Sestra*, roč.. 10, 2000, č. 6 s. 6.
- [19] THEDE, L. Q., 2008. *Some nursing definitions: Origin of the term informatics*. [online] On-line supplement to Informatics and Nursing. 19.04 2008 [online] [cit. 2010-08-30] Dostupné na internete <http://dlthede.net/Informatics/Chap01/NIDefinitions.htm>
- [20] WHO. Súbor dokumentov svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky. Bratislava, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2003. 456 s. ISBN 80-967818-5-5

Kontaktné údaje

doc. PhDr, Jana Boroňová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava, Slovenská republika

e-mail: j.boronova@gmail.com

PhDr. Dagmar Richnáková

Fakultná nemocnica

Žarnova 11

917 75 Trnava, Slovenská republika

e-mail: dagmar.richnakova@fntt.sk

ROLE SESTRY EDUKÁTORKY VE VÝŽIVĚ DĚTSKÉHO PACIENTA S LEUKEMIÍ

Marie Břendová

Trnavská univerzita v Trnavě, FZ a SP

Abstrakt

Leukémie je závažné onemocnění. Ale v současné době dobře léčitelné, v mnoha případech s trvalým uzdravením. Ale stejně jako v jiných případech nádorového postižení, platí zde, že je třeba onemocnění poznat včas, léčit tam, kde mají s tímto onemocněním dostatečné zkušenosti a léčit dostatečně dlouho. Je téměř jisté, že v budoucnosti se budou výsledky ještě zlepšovat, což bude umožněno vývojem dalších, účinnějších a méně toxických léků a lepším poznáním podstaty tohoto vážného onemocnění. Edukace pacientů je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe, edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu. Jedním z hlavních cílů edukace je pomoci pacientům najít nové způsoby životního stylu, aby se předešlo zhoršení existující choroby.

Klíčová slova

Leukémie, dítě, sestra, rodiče, edukace, výživa.

ROLE OF NURSE EDUCATOR IN NUTRITIONAL REGIME OF CHILD PATIENT WITH LEUKEMIA

Abstract

Leukemia is a serious disease but it can be treated nowadays, in many cases with permanent recovery. However, just as in other cases of tumoral diseases, it is necessary to recognize the disease in time, to treat it where they have enough experiences with this disease and to treat it long enough. It is almost certain the results will be far better in the future which will be enable by the development of other, more effective and less toxic drugs and by better identification of the nature of this serious disease. Patients' education is the most principal part of the nursing practice, education process is a part of the nursing process. One of the main goals of education is to help patients to find new ways of life-style to prevent them from the deterioration of that disease.

Key words

Leukemia, child, nurse, patient, education, nutritional regime.

Úvod

Leukémie dětského věku (leukóza, hematoblastóza) je zhoubné nádorové bujení krvetvorného ústrojí. Jde o onemocnění systémové, což znamená, že postihuje kostní dřeň spíše difúzně, než ve formě tumorů a je postižena i krev v periferním řečišti, do něhož jsou

postižené buňky kostní dřeně vyplavovány a kromě kostní dřeně jsou chorobně změněné i další mimo dřeňová ústrojí. Přitom se mohou vytvářet i leukemické tumory v kostní dřeni i mimo ni, a to ještě před začátkem onemocnění anebo v jeho průběhu.

Výskyt leukémií se v posledních letech zvyšuje. Svědčí o tom např. severoamerické statistiky: ještě v roce 1940 umíralo na leukémii 3,9% ze 100.000, v roce 1954 6,5% a v roce 1964 už to bylo 8% dětí. Teprve zcela nedávno byl zaznamenán pokles úmrtí na leukémii.

Leukémie dělíme na několik druhů. Např. podle průběhu a předpovědi je rozdělujeme na akutní, subakutní a chronické. Podle počtu bílých krvinek na leukémie s nízkým, normálním a vysokým počtem bílých krvinek, podle druhu postižených leukocytů (bílých krvinek) – těch jsou tři druhy: granulocyty, lymfocyty a monocyty – na leukémie granulocytární, lymfocytární a monocytární. V současné době se nejčastěji používá dělení, které vypracovali lékaři z Francie, Ameriky a Británie, zvané „FAB“. Je významné pro dětského hematologa, určujícího způsob léčení, zejména druh cytostatika a vhodnou dobu k jeho podání.

Příčina

onemocnění zdaleka není známa, i když v posledních letech bylo mnoho objasněno. V současné době se sledují čtyři činitelé, kteří by mohli být v příčinném vztahu ke vzniku leukémie:

1. Leukémie může vyvolat virus (onkogenní), jak bylo prokázáno u některých zvířat (myšek), u nichž se podařilo onemocnění přenést. U lidí se však zatím nepodařilo prokázat virus jako příčinu leukémie.
2. Ionizující záření má zcela nepochybně vliv na vznik leukémie. Takovým přímým pokusem na člověku byl výbuch atomové pumy nad Hirošimou. První případy onemocnění se začaly objevovat jeden a půl roku po ozáření, vrcholu dosáhlo onemocnění za pět let. Nejvyšší výskyt leukémií byl zaznamenán u těch, kteří byli postiženi největším ozářením. Nevysvětlenou zůstává skutečnost, že přitom ani jeden Japonec nebyl postižen chronickou lymfocytární leukémií. Je prokázáno že ozáření, jak z diagnostických, tak léčebných důvodů může také vyvolat leukémii.
3. Zdá se nepochybným, že leukémii mohou vyvolat i některé chemické látky, zejména benzenové a dále produkty některých plísní, parazitujících např. na dlouho skladovaných burských oříšcích, které se pak stávají velmi vhodnou půdou i pro plíseň *aspergillus flavus*, vytvářející nebezpečný jed aflatoxin.
4. A konečně přicházejí v úvahu činitelé vnitřní – endogenní. Jsou to na prvním místě úchytky chromosomální. Uvedeme zde dva příklady vzájemného vztahu mezi chromosomální úchytkou a leukémií. Je to na prvním místě tzv. Downova choroba, jejímž podkladem je úchytky 21. chromosomu, který není zdvojen, jak tomu bývá za normálních okolností, ale ztrojen (tzv. trisomie). A děti s tímto Downovým syndromem – dříve se nazýval mongolismem – onemocní leukémií až sedmnáctkrát častěji, než děti normální populace. Za druhé ukazuje na vztah mezi chromosomálními úchytkami a leukémií zvláštní chromosom, zvaný – podle místa objevu filadelfský (nebo Ph¹chromosom) – vyskytující se při některých formách leukémie (bývá to chronická leukémie myelocytická). Je to 22. chromosom, který nabývá zcela

odchylného vzhledu proti chromosomu normálnímu. Ačkoliv bylo učiněno mnoho významných objevů, vlastní příčinu leukémie dosud neznáme. Není vyloučeno, že při vzniku leukémie se v organizmu skrývá onkogenní (tj. nádor vyvolávající) virus, který začne vyvíjet svou zhoubnou činnost, když je aktivován zmíněnými činiteli.

Akutní lymfoblastické leukémie

Zmíníme se zde pouze o akutní lymfoblastické leukémii. Postihuje více chlapce a to zejména v předškolním věku. Je příkladem zhoubného nádorového onemocnění, kde – jak zdůrazňuje J. Čáp – dosáhla léčba vynikajících úspěchů, takže velká část dětí velmi dlouho přežívá a mnoho z nich se trvale vyléčí.

Příznaky

Postižené dítě si stěžuje na únavu, nechutná mu jíst, má zvýšené teploty. Někdy je přítomna zcela banální infekce – „chřipka“ – která se však při obvyklé léčbě nelepší. Naopak objeví se zduření a zvětšení mízních uzlin na krku, popřípadě v tříslech, nebo i v podpaždí. Dítě si někdy může stěžovat na bolesti v končetinách, ať už v oblasti dlouhých kostí anebo kloubů. Takové „svalové“ bolesti opět vidáváme při „chřipkách“.

Při vyšetření bývá přítomna nápadná bledost kůže i viditelných sliznic. Dítě může do kůže i do sliznic krvácet. Kromě zvětšení a zduření uzlin se obvykle najdou i zvětšená játra a slezina. Na rentgenu kostí je patrné odvápnění a velmi charakteristické jsou zvláštní proužky, probíhající napříč kostí, tedy kolmo na její dlouhou osu; okostice bývá ztlustělá, občas vypadá dlouhá kost jako by ji „vyžrali molí“.

Pro přesné poznání je naprosto nutné podrobné vyšetření krve (hematologické). Krev – kromě tekuté části – sestává ze tří součástí: z červených krvinek, krevních destiček a krvinek bílých. Všechny tyto složky jsou postiženy chorobným procesem: především je přítomna chudokrevnost a dále snížený počet krevních destiček: ty právě jsou nepostradatelné pro normální pochod srážení krve a proto ta krvácivost do kůže a sliznic. Pro posouzení onemocnění je však nejdůležitější nález na bílých krvinkách. Jejich počet bývá zvýšený, ale může být i snížený anebo zcela normální. Pro diagnózu je nejdůležitější nález bílých krvinek (leukocytů) nádorově (blasticky) změněných. Takto chorobně změněných blastických krvinek je většina, jak se dá prokázat v krevním obraze. Přesné poznání pak potvrdí vyšetření kostní dřeně – myelogram – na němž hematolog zjistí, že normální tvorba krve je zcela potlačena, převládají skoro výhradně buňky nádorové, blasticky změněné. Někdy i zcela nezahoubné onemocnění – např. infekční mononukleózy, banální infekce s postižením mízních uzlin – mohou zpočátku napodobovat leukémii. Průběh onemocnění, krevní obraz a v případech pochyb vyšetření punktátu kostní dřeně – nakonec přesně zjistí, o jaké onemocnění jde, zda o velmi závažnou leukémii anebo banální infekci, kterou organizmus snadno zvládne v několika dnech.

Léčení

Ke skutečně úspěšnému léčení leukémií je třeba předeslat několik poznámek. Každá buňka podléhá dělení, při čemž dělení má několik fází. Ve fázi, kdy se buňka dělí, je buňka velmi citlivá k léčbě chemoterapeutiky, kdežto ve fázi klidové, tj., kdy se nedělí, je vůči

chemoterapii citlivá jenom velice málo anebo je vůbec necitlivá. Dalším poznatkem je, že je zapotřebí kombinovat při chemoterapii více chemoterapeutik. Jen tak lze dosáhnout těch nejlepších výsledků. O jednotlivých cytostaticích se nezmiňujeme. Jednak proto, že to je otázka pro odborníka, dále proto, že jich je veliké množství a neustále se objevují nová a nová. Jenom je třeba podotknout, že začne-li se včas s vhodnou kombinací a ve vhodné fázi buněčného dělení, pokračuje-li se dostatečně dlouho – léčba může trvat i několik let – je naděje na příznivý a trvalý výsledek největší. V indikovaných případech onemocnění se osvědčila transplantace kostní dřeně od vhodných dárců. V podstatě lze říci, že je na místě tehdy, byla-li léčbou zničena veškerá dřeň – tj. nejenom chorobná, ale i zdravá, což není slučitelné se životem. Pak jediné komplexní léčba doplněná touto transplantací má naději na úspěch.

Zmínku zaslouží ještě *léčba zářením*.

V průběhu léčby se může rozvinout i tzv. leukémie ústřední soustavy nervové. Vyskytovala se dříve až v polovině léčených případů onemocnění. Aby se předešlo této zhoubné komplikaci, provádí se profylaktické ozáření lebky. Z padesátiprocentního výskytu se snížila leukémie ústřední soustavy nervové na pouhých 5%.

Sestra v roli edukátora

Tak, jako každá jiná aktivita, i výuka pacienta vyžaduje od sestry zvládnutí určitých dovedností. Je bláhové se domnívat, že tyto dovednosti vlastní každá sestra jen proto, že je sestrou. K tomu, aby mohla efektivně plnit funkci výuky pacientů, potřebuje:

- získat si důvěru pacienta
- vyhodnotit schopnost a připravenost pacienta k výuce
- vyhodnotit bariéry, které by mohly brzdit proces výuky
- organizovat výuku tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám pacienta
- komunikovat jasně a efektivně
- přesvědčit se o tom, že pacient látku pochopil a je schopen v praxi realizovat potřebné instrukce.

Sestra edukátorka podporuje svého pacienta tím, že svými slovy a chováním vyjadřuje důvěru v jeho schopnosti a víru v to, že změnu, potřebnou pro dosažení svého nejvyššího potenciálu, zvládne. Podporuje ho tím, že mu pomáhá přijmout svoji novou image, najít nový smysl života, novou cestu.

Edukační plán ve výživě u dítěte s leukémií

Edukace pacientů je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe. Jedním z hlavních cílů edukace je pomoci pacientům najít nové způsoby životního stylu, aby se předešlo zhoršení existující choroby.

Pacienti, kteří jsou vystaveni nemoci, se setkávají se dvěma důležitými emocemi: napětím a depresí. Proto je potřeba k nim přistupovat holisticky a v rámci ošetrovatelské péče zaměřit pozornost na uspokojování jejich potřeb, zejména na potřebu jistoty a bezpečí. To znamená

poskytnout dostatek kvalitních informací a to v okamžiku potvrzení lékařské diagnózy a zároveň tak zmírnit až eliminovat strach a úzkost.

Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu. V rámci posuzování je nezbytné zaměřit se pedagogicky významné oblasti, které jsou potřebné pro edukaci: fyzickou a psychickou zdatnost, názory na zdraví, pohotovost v učení, motivaci, překážky v učení a nelze opomenout zjistit předcházející vědomosti o daném onemocnění. Pedagogické působení sestry pokračuje zformulováním ošetrovatelské diagnózy, které patří do deficitu informací. Na základě edukační diagnózy sestra vypracuje edukační plán a to spolu s pacientem a eventuálně s jeho rodiči.

Téma edukace: Problematika výživy onkologicky nemocných dětí
 (obtíže při léčbě leukémie dětského věku)

1.) Fáze posouzení

- Skupina dětí (a jejich rodičů), které prodělaly onkologickou léčbu
- Skupina rodičů a jejich onkologicky nemocných dětí ve věku od 3 – 14 let, kteří mají zájem o skupinovou edukaci / čtyři nemocné děti a jejich rodiče /
- Všichni zúčastnění rodiče dětských pacientů souhlasí se skupinovou edukací

2.) Fáze diagnostiky

- Edukační diagnóza:

Úplný anebo částečný deficit informací/vědomostí, znalostí/o potížích při výživě dítěte v souvislosti s léčbou leukémie, projevující se zájmem o danou problematiku opakovanými dotazy.

3.) Fáze plánování

- Kognitivní cíl: skupina rodičů a jejich dětských pacientů / dle věku / verbalizuje dostatek vědomostí o potížích při výživě při léčbě leukémie dětského věku.
- Behaviorální cíl:
 - skupina rodičů a jejich dětských pacientů / dle věku / identifikuje a jmenuje zásady spojené s výběrem vhodných a nevhodných potravin, které zařadí či vyřadí ze svého jídelníčku v souvislosti s:
 - nechutenstvím
 - bolestí v ústech / vředy /
 - změnou chuti potravin
 - nauzeou
 - zvracením
 - průjmem
 - zácpou
 - pocitem sucha v ústech

- Afektivní cíl: skupina rodičů a jejich nemocné děti /dle věku/ si osvojí vědomosti nevyhnutelné s dodržováním potřebných zásad spojených s výživou při léčbě leukémie.

4.) Fáze realizace

- Sestra přivítá účastníky edukace
- Vysvětlí, co ji vedlo k uskutečnění edukačního programu
- Objasní časovou a obsahovou stránku edukace
- Vysvětlí rodičům i jejich dětem vliv dodržování stravovacích návyků v době léčby na kvalitu jejich života
- Aktivizuje rodiče i děti, aby mezi sebou hovořili o dosavadních zkušenostech ve výživě při léčbě leukémie
- V závěru rozdá edukační materiály /př. tabulku – přehled vhodných x nevhodných potravin/
- Nakonec všem zúčastněným poděkuje za jejich účast a dohodne se na dalším edukačním setkání.

5.) Fáze vyhodnocení

Účinnost edukace si může sestra ověřit pomocí jednoduchého testu, který použije pro rodiče a děti /dle věku / v závěru edukačního setkání.

Ukázka úvodní edukační hodiny:

- Edukační diagnóza:

Úplný anebo částečný deficit informací /vědomostí, znalostí/ o potížích při výživě dítěte v souvislosti s léčbou leukémie, projevující se zájmem o danou problematiku opakovanými dotazy.
- Edukační prostředí: je místo, kde se edukace vykonává. Optimální prostředí na edukaci musí mít správné osvětlení, teplotu, musí být bez hluku a v nemocničním prostředí zaručovat i případnou intimitu.
- Délka edukační hodiny: prvních 10 min. je nejdůležitějších. Informace z nich si členové skupiny pamatují lépe než kterékoliv další informace
- Organizační forma: skupinová forma

Realizuje se působením na skupinu pro stejné onemocnění- stejnou léčbu, problémy s ní spojené. Všichni mají zájem o stejné informace.

Skupinová forma vytváří:

 - Podmínky na vzájemnou interakci, spolupráci a diskuzi. Vede k vzájemné výměně vědomostí, zkušeností a učení se i jeden od druhého

- Umožňuje i sblížení se při společných otázkách, pomoc při změně chování / při stravování /, podporu při řešení problémů a přijímání rozhodnutí, povzbuzování členů skupiny
 - Vytváří podmínky na aktivitu
 - Je ekonomicky výhodná, šetří čas
- Cílová skupina: Skupina rodičů a jejich onkologicky nemocných dětí ve věku od 3 – 14 let, kteří mají zájem o skupinovou edukaci /čtyři nemocné děti a jejich rodiče/
 - První setkání: /Etapa posouzení a pedagogické diagnostiky/
 - viz. výše/ – posoudit potřebu edukace: zjistit rodinnou anamnézu, úroveň vědomostí dětí i rodičů o onemocnění a o výživě, potížích při léčbě leukémie, věk rodičů, vzdělání, zaměstnání, úroveň jejich motivace, ochotu navštěvovat edukační setkání/.

První setkání: vysvětlit pojmy – leukémie, léčba, výživa – potíže: nechutenství, bolest v ústech a v krku, další obtíže: změna vnímání chutě jídla, sucho v ústech, nevolnost, pocit na zvracení, zvracení, průjem, zácpa, váhový přírůstek, problematika

Jak zlepšit výživu – jak zvýšit obsah bílkovin ve stravě,

jak zvýšit kalorický objem

která jídla je dobré mít doma v zásobě,

jaké mohu opatřit pro své nemocné výživové doplňky,

multivitamíny a minerály je nutné pravidelně podávat.

Nechutenství: PROČ?

Je nejčastějším problémem, který je spojen jak s chemoterapií, tak radioterapií. Nechutenství je však také velmi často vyvoláno duševními obtížemi. Dítě, které je smutné, sklíčené, odmítá jídlo. Proto je velmi důležitá psychická pohoda dítěte.

Co doporučíme?

- Dítě by mělo jíst v klidu a v pohodě, bez nucení a spěchu.
- Normální tělesná aktivita by měla být podporována, nikoliv omezována.
- Je vhodné měnit místo, čas, nebo okolnosti jídla. Využívejte výlety či procházky, sledujte zajímavý televizní program nebo jezte spolu s přáteli či kamarády.
- Nechte jíst dítě kdykoliv má hlad, či chuť k jídlu. Dítě nemusí vždy jíst pravidelně 3x nebo 5x denně. Několik menších porcí během dne může být lepší, někdy však naopak pravidelnost v jídlu může vyvolat nové stravovací návyky.
- Odměňujte dobré jezení. Dávejte malé dárky / oblíbený dezert, malou hračku/, abyste podpořili příjem jídla.
- Nucení do jídla, trestání za nejezení, situaci jen zhoršuje. Buďte trpěliví!

- Jídlo nabízejte často během celého dne, dokonce večer v posteli. Mějte vždy po ruce něco malého a zdravého k jídlu. I příjem několika malých soust nebo hltů nápoje zvyšuje příjem energie a bílkovin a snižuje tak potřebu dodávat energii ve formě např. infusí a může tak pomoci zkrátit dobu nezbytného pobytu v nemocnici.

Bolesti v ústech a v krku – PROČ?

Tyto potíže způsobuje chemoterapie, radioterapie oblasti hlavy a krku a infekční zánět sliznice úst, hrdla a jícnu. Pokud dítě má tyto potíže, soustřeďte se na správné ošetřování dutiny ústní a poraďte se s lékařem o vhodné medikaci. Některá jídla mohou postiženou sliznici dráždit, a zhoršovat kousání a polykání potravy. Vybírejte vhodná jídla, které příjem potravy ulehčují.

Co doporučíme?

- Zkuste jemná, měkká jídla, které se nemusí příliš kousat a lehce se polykají - zmrzlina, mléčné koktejly, banány, jablečná šťáva a jiné měkké ovoce, broskve, meruňky a jejich šťávy, červený meloun, jemný tvarohový sýr (cottage, žervé), pudinky, želé, smetanové krémy, bramborová kaše, špagety, sýr, míchaná vajíčka, krupicová, ovesná a rýžová kaše, mixovaná zelenina - mrkev, hrášek, brokolice apod., mleté maso, tekutiny (ovoce a zeleninu, které nejsou tepelně upraveny je vhodné v těchto situacích podávat vždy loupané, bez slupky).
- Nepodávejte potraviny, které dráždí sliznici úst - citrusy a citrusová šťáva, grapefruity, mandarinky, jídlo kořeněné, slané - chipsy, slané pečivo, tvrdé, drsné nebo suché jídlo, jako čerstvá zelenina, krekry, sušenky, tousty, sušené ovoce.
- Jídlo vařte, dokud není měkké a jemné.
- Jídlo nakrájejte na malé kousky, namixujte nebo namelte. Mixované jídlo zjemněte máslem, omáčkou, šťávou, aby se lépe polykalo.
- K pití je vhodné brčko.
- Jídlo nepodávejte velmi teplé, lepší je při pokojové teplotě nebo spíše studené.
- Pohyby hlavou dopředu a dozadu ulehčují polykání sousta.
- Dbejte na ošetřování dutiny ústní, často ústa vyplachujte doporučenými roztoky nebo čistou vodou, abyste odstranili zbytky potravy a omezili infekční zánět.

Cíl:	kognitivní:	dětští pacienti /dle věku/ a jejich rodiče po skončení edukace prokážou vědomosti o potížích při výživě při léčbě leukémie dětského věku.
	afektivní:	skupina rodičů a jejich nemocné děti /dle věku/ si osvojí vědomosti nevyhnutelné s dodržováním potřebných zásad spojených s výživou při léčbě leukémie.
	behaviorální:	skupina rodičů a jejich dětských pacientů /dle věku/ identifikuje a jmenuje zásady spojené s výběrem vhodných a nevhodných potravin, které zařadí či vyřadí ze svého jídelníčku v souvislosti s: nechutenstvím, bolestí v ústech /vředy/, změnou chuti

potravin, nauzeou, zvracením, průjmem, zácpou, pocitem sucha v ústech

K dosažení stanoveného cíle je důležité vycházet při edukaci z těchto principů:

Cíle musí vycházet z potřeb dítěte – vyjmenovat např. konkrétní doporučené nebo naopak nevhodné či naprosto nevhodné potraviny

Udržovat nepřetržitý kontakt mezi sestrou a edukanty, konstruktivní vztah podporuje proces edukace

Využívat všech znalostí a vědomostí od spolupacientů, podpora při speciální hygienické péči / např. dutiny ústní /

Komunikovat – jasně, stručně zřetelně

Omezit, event. vyloučit informace, které nesouvisí s výukovými cíli – mohou rušit proces edukace

Edukační fáze:

Motivační fáze: využívá se v úvodním rozhovoru, ale i během celé edukace

Expoziční fáze: uplatňuje se při vytváření nových vědomostí, přičemž se využívá vysvětlování, rozhovor, samostudium doporučené literatury

Fixační fáze: staví upevňování a opakování

Diagnostická fáze: zjišťuje a hodnotí úroveň získaných vědomostí. Jedním z moderních nástrojů může být dotazník, na který rodiče a děti / dle věku / odpovídají.

Edukační metody:

Úspěšnost edukace je závislá na volbě metody, kterou chceme použít. Dosažení cílů edukačního procesu ve velké míře závisí právě na zvolené edukační metodě. Edukační metody nás informují o tom, jak je potřeba postupovat v edukačním procesu, abychom dosáhli stanovených cílů.

Přednáška / volena v tomto edukačním procesu / je považována za nejstarší metodu učení. Poskytuje také platformu pro diskusi, otázky. Prvních deset minut přednášky je nejdůležitějších, informace jsou pro edukanty snáze zapamatovatelné. Po dobu přednášky je dobré využívat příklady, ilustrace a názorné pomůcky. Není dobré přednášku číst. Na udržení zájmu je výhodné napsat hlavní body třeba na tabuli, aby se neztrácely informace a souvislosti.

Diskuse následuje na přednášku – volný tok argumentů, veřejné hodnocení nápadů, názorů, myšlenek. Podstata metody spočívá v tom, že pacienti a jejich rodiče syntetizují a analyzují své vědomosti, nápady a myšlenky v průběhu společné práce.

Didaktické pomůcky: brožury, letáky, webové adresy, plakáty, kontakt na další odborníky v nesnázích /psycholog/.

Realizace: první setkání se skupinou edukantů – viz.výše nepřesáhne 30 min. Přednáška je doplněna diskusí a otázkami exulantů. Závěrem je možný krátký test.

Dohodneme se také na dalších setkáních - jejich předpokládaném počtu a obsahu. Návrh na téma příštího edukačního procesu: Proč má dítě při léčbě cytostatiky a ozařováním změněnou chuť některých potravin, co způsobuje sucho v ústech, jeho následky a jaká doporučení navrhneme při těchto potížích /.

Další setkání se bude zabývat problematikou nevolnosti, zvracení a jakým způsobem zmírnit obtíže.

V dalším setkání se budeme snažit předcházet problematice se zácpou či průjmem a také proč má nemocné dítě velký váhový přírůsteky a co doporučíme.

Informace následného setkání by se týkaly problematiky:

Jak zlepšit výživu – jak zvýšit obsah bílkovin ve stravě,
jak zvýšit kalorický obsah,
která jídla je dobré mít doma v zásobě,
jaké mohu opatřit pro své nemocné výživové doplňky,
multivitamíny a minerály je nutné pravidelně podávat

Myšlenkový obsah přednášky prvního setkání:

Přednáška, diskuse

vysvětlit pojmy – leukémie, léčba,

výživa – potíže: nechutenství, bolest v ústech a v krku,

další obtíže: změna vnímání chutě jídla, sucho v ústech, nevolnost, pocit na zvracení, zvracení, průjem, zácpa, váhový přírůstek,

Jak zlepšit výživu - jak zvýšit obsah bílkovin ve stravě,
jak zvýšit kalorický obsah
která jídla je dobré mít doma v zásobě,
jaké mohu opatřit pro své nemocné výživové doplňky,
multivitamíny a minerály je nutné pravidelně podávat

Nechutenství: PROČ?

Je nejčastějším problémem, který je spojen jak s chemoterapií, tak radioterapií. Nechutenství je však také velmi často vyvoláno duševními obtížemi. Dítě, které je smutné, sklíčené, odmítá jídlo. Proto je velmi důležitá psychická pohoda dítěte.

Co doporučíme?

- Dítě by mělo jíst v klidu a v pohodě, bez nucení a spěchu.
- Normální tělesná aktivita by měla být podporována, nikoliv omezována.

- Je vhodné měnit místo, čas, nebo okolnosti jídla. Využívejte výlety či procházky, sledujte zajímavý televizní program nebo jezte spolu s přáteli či kamarády.
- Nechte jíst dítě kdykoliv má hlad, či chuť k jídlu. Dítě nemusí vždy jíst pravidelně 3x nebo 5x denně. Několik menších porcí během dne může být lepší, někdy však naopak pravidelnost v jídlu může vyvolat nové stravovací návyky.
- Odměňujte dobré jezení. Dávejte malé dárky / oblíbený dezert, malou hračku/, abyste podpořili příjem jídla.
- Nucení do jídla, trestání za nejezení, situaci jen zhoršuje. Buďte trpěliví!
- Jídlo nabízejte často během celého dne, dokonce večer v posteli. Mějte vždy po ruce něco malého a zdravého k jídlu. I příjem několika malých soust nebo hltů nápoje zvyšuje příjem energie a bílkovin a snižuje tak potřebu dodávat energii ve formě např. infusí a může tak pomoci zkrátit dobu nezbytného pobytu v nemocnici.

Bolesti v ústech a v krku – PROČ?

Tyto potíže způsobuje chemoterapie, radioterapie oblasti hlavy a krku a infekční zánět sliznice úst, hrdla a jícnu. Pokud dítě má tyto potíže, soustředte se na správné ošetřování dutiny ústní a poradte se s lékařem o vhodné medikaci. Některá jídla mohou postiženou sliznici dráždit, a zhoršovat kousání a polykání potravy. Vybírejte vhodná jídla, které příjem potravy ulehčují.

Co doporučíme?

- Zkuste jemná, měkká jídla, které se nemusí příliš kousat a lehce se polykají - zmrzlina, mléčné koktejly, banány, jablečná šťáva a jiné měkké ovoce, broskve, meruňky a jejich šťávy, červený meloun, jemný tvarohový sýr (cottage, žervé), pudinky, želé, smetanové krémy, bramborová kaše, špagety, sýr, míchaná vajíčka, krupicová, ovesná a rýžová kaše, mixovaná zelenina - mrkev, hrášek, brokolice apod., mleté maso, tekutiny (ovoce a zeleninu, které nejsou tepelně upraveny je vhodné v těchto situacích podávat vždy loupané, bez slupky).
- Nepodávejte potraviny, které dráždí sliznici úst - citrusy a citrusová šťáva, grapefruity, mandarinky, jídlo kořeněné, slané - chipsy, slané pečivo, tvrdé, drsné nebo suché jídlo, jako čerstvá zelenina, krekry, sušenky, tousty, sušené ovoce.
- Jídlo vařte, dokud není měkké a jemné.
- Jídlo nakrájejte na malé kousky, namixujte nebo namelte. Mixované jídlo zjemněte máslem, omáčkou, šťávou, aby se lépe polykalo.
- K pití je vhodné brčko.
- Jídlo nepodávejte velmi teplé, lepší je při pokojové teplotě nebo spíše studené.
- Pohyby hlavou dopředu a dozadu ulehčují polykání sousta.
- Dbejte na ošetřování dutiny ústní, často ústa vyplachujte doporučenými roztoky nebo čistou vodou, abyste odstranili zbytky potravy a omezili infekční zánět.

Závěr

Edukace pacienta /i jeho rodičů/ musí zahrnovat podporu celé jeho osobnosti. Sestra podporuje svého pacienta tím, že svými slovy a chováním vyjadřuje důvěru v jeho schopnosti a víru v to, že změnu, potřebnou pro dosažení svého nejvyššího potenciálu zvládnou /rodiče i dítě/. Podporuje je tím, že jim pomáhá přijmout svoji novou image, najít smysl života, novou cestu.

Evaluace výuky

Evaluací se rozumí proces vyhodnocení. Hodnocení edukace je proces průběžný i závěrečný. Edukace se hodnotí podle předem stanovených cílů. Jak už bylo řečeno, cíle jsou i kritériem hodnocení. Bez hodnocení by výukový cyklus nebyl ukončen. Chyběl by důležitý článek, který svými zpětnými vazbami systém výuky propojuje.

Významnou roli v tomto procesu plní jednotlivé druhy hodnocení:

a/ *formativní* (kontrolní, diagnostické, průběžné), jehož cílem je podpora dalšího efektivního učení účastníků - pacientů, jimž poskytuje užitečnou zpětnou vazbu. Rovněž tak sestře edukátorce slouží jako zpětná vazba a zdroj informací, které jí v budoucnu pomohou lépe vycházet vstříc potřebám pacientů. Toto hodnocení bývá obvykle zaměřeno na odhalení chyb, obtíží a nedostatků a nabízí radu na zlepšení.

b/ *sumativní* (kumulativní, finální, shrnující) jehož cílem je stanovení úrovně dosažených vědomostí v určeném časovém okamžiku. Obvykle se provádí na konci určitého počtu modulů.

Přes celkovou jednotu procesu hodnocení je v něm nutno rozlišit několik etap:

- definovat cíle hodnocení
- vytvořit postupy k zjišťování a měření
- zjistit, změřit potřebné údaje
- interpretovat získané výsledky
- zformulovat hodnotící závěry
- přijmout potřebná rozhodnutí
- provést a kontrolovat přijatá rozhodnutí.

K efektivním metodám evaluace patří pozorování, interview, dotazníky, zprávy z terénu, práce účastníků.

Ten, kdo si skutečně přeje zlepšit svoji výuku, bude chtít vědět víc, a proto bude muset zjistit mínění účastníků – pacientů. Toto zjištění může omezit na přátelský rozhovor s několika účastníky, anebo může vypracovat „Dotazník k průzkumu efektivnosti edukace“.

Jak již zaznělo, výuka pacientů představuje předávání znalostí; je však nutno zdůraznit, že ty samy o sobě nestačí. Edukátorku zajímá, kolik informací si pacient zapamatoval, zda je chápe a zda na základě získaných informací bude moci dojít v jeho životě k potřebným změnám v jeho postojích, dovednostech a chování. A právě tento úkol se sestře nepodaří splnit, jestliže nemá schopnost správně vyhodnotit celkové potřeby pacienta a jestliže nepochopí jeho sociální, psychologické, edukační, socioekonomické a kulturní vlivy, které na něho působí.

Při hodnocení kognitivní oblasti je jedním ze způsobů hodnocení kladení otázek.

Psychomotorická oblast se nejlépe hodnotí pozorováním pacienta při realizaci konkrétního postupu.

Nejobtížněji se hodnotí afektivní oblast. Postoje a systém hodnot pacienta lze posoudit z jeho odpovědí na cílené otázky či pozorováním jeho jednání

Základem edukačního procesu je dokumentace. Dokumentace poskytuje právní záznam o vykonané instruktáži, vyhodnocuje vědomosti a dovednost pacienta a je základem pro zprostředkování edukace jiným zdravotnickým pracovníkům.

Poskytuje záznam o plánované a vykonané edukaci pacienta a také o jeho výstupech. Kvalitní edukační záznam musí obsahovat to, čeho pacient dosáhl, reakce pacienta/ klienta na edukaci. Přesná a srozumitelná dokumentace podporuje a zaručuje kontinuitu, také informuje ostatní členy zdravotnického týmu o tom, k čemu již došlo, a tím udává, co ještě má být provedeno. Je zárukou toho, že nedochází k opakování stejných informací.

Přesná dokumentace chrání sestru před soudním stíháním. Dokazuje správný úsudek sestry, protože vypovídá o tom, jak byly seřazeny priority výuky, jakých metod bylo použito a jak na ně pacient reagoval. Dokumentovat je třeba i v případě, že pacient výuku odmítl.

Výchova a vzdělávání představují významný způsob zlepšování kvality života člověka, jsou nezbytné pro pacientovo budoucí zdraví, jsou neodmyslitelnou součástí léčby a péče. Edukace patří mezi významné samostatné funkce ošetrovatelství. Také je důležitá pro sebereflexi sestry, pro prestiž profese.

Efekt edukačního procesu pacientů / klientů je závislý na míře profesionality sesterského povolání.

Literatura

- [1] ADAM, Z., VORLÍČEK, J., Hematologie. II, *Přehled maligních hematologických nemocí*. 1. vydání Praha: Grada, 2001. 677 s. ISBN 80-247-0116-2.
- [2] BARTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [3] MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* 1. 2. vydání. Ružomberk: Fakulta zdravotníctva, 2008. 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5
- [4] ONDERKOVÁ, A. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. In sestra, ročník XVII. 2007, č. 12, str. 17-18. ISSN 1210-0404
- [5] ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Advent – Orion s. r. o, Praha, 2003, ISBN 80 – 7172 – 841 – 1
- [6] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
- [7] ŽIAKOVÁ K. *Ošetrovatelství teoria a vedecký výskum*, Osveta Martin 2003, ISBN 80-8063-131-X

Kontakt

e-mail: brendovamadla@seznam.cz

NANDA – INTERNATIONAL A PORODNÍ ASISTENCE

Štěpánka Bubeníková, Věra Vránová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence

Abstrakt

Problematika se zaměřuje na specifika komunikace v ošetrovatelské péči porodní asistentky s Romským a Vietnamským etnikem. Je důležité zdůraznit a prohlubovat význam multikulturního ošetrovatelství a multikulturního přístupu v porodní asistenci v ČR. Článek je zaměřen na minoritní komunitu Romů a Vietnamců žijících v ČR, na jejich specifika v komunikaci. Přibližuje odlišnosti v komunikaci, v prožívání zdraví, péči o ženu v rodině, komunitě. Zabývá se přípravou žen na porod, porodem a poporodní péčí z pohledu porodní asistentky v souvislosti s využitím a implementací Nanda – International v práci porodní asistentky.

Klíčová slova

Nanda – International, porodní asistence, porod, romská kultura, vietnamská kultura.

NANDA – INTERNATIONAL AND MIDWIFERY

Abstract

The article focuses on the specifics of communication in nursing care of midwives with the Roma and Vietnamese ethnic groups. It is important to emphasize and enhance the importance of multicultural nursing and multicultural approach in midwifery in the country. The article is focused on the Roma minority and the Vietnamese community living in the Czech Republic, the specifics in their communication. It shows the differences in communication, experience in health care for women in the family and community. It deals with the preparation of women for childbirth, childbirth and postpartum care from the perspective of a midwife in connection with the use and implementation of Nanda - International working midwives.

Key words

Nanda – International, midwifery, childbirth, Romany culture, Vietnamese culture.

Úvod

Těhotenství je časově omezený fyziologický proces, který se ženy dotýká jak fyzicky, tak duševně. Všechny tělesné systémy v organismu těhotné ženy se adaptují a slouží vyvíjejícímu se plodu. Nejdůležitější úlohou porodní asistentky v průběhu těhotenství je být rádčyní a edukovat ženu, jak se po dobu těhotenství udržet v dobré fyzické i psychické pohodě, jak se připravit na porod a šestinedělí. V případě, že zdravotní stav ženy nebo plodu je v ohrožení, je

povinností porodní asistentky a lékaře poskytnout ženě takovou péči, která zlepší jejich zdravotní stav. (Leifer, 2004, s. 55)

Ošetrovatelské posouzení, diagnostika, validizace diagnostiky a hodnocení efektu péče jsou součástí ošetrovatelské vědy a vědy v porodní asistenci. Specifikem ošetrovatelské vědy je zaměření se na deficitní lidské potřeby a péče o tento deficit potřeb. Registrované porodní asistentky identifikují deficitní potřeby svých klientek a k jejich rozpoznání a označení používají mezinárodní klasifikaci NANDA - International (Marečková, 2006). Jsou odpovědné za správnost posouzení klientky a správnost navržení intervencí u klientek, které přicházejí k hospitalizaci na porodní sál k fyziologickému porodu. K posouzení správnosti efektu poskytované péče slouží klasifikace NOC – Nursing Outcomes Classification (Moorhead a kol, 2008). V porodní asistenci je využívána Nanda - International, ale některé specifikace pro porodní asistenci v ní nejsou obsaženy.

NANDA – International

Ne jen profesionálové v ošetrovatelství, ale i porodní asistentky jako profesionálky v porodní asistenci vyhledávají, odstraňují, zmírňují a předcházejí problémům v oblasti lidských potřeb u svých klientek. Porodní asistentky se se svými klientkami setkávají nejenom v porodnicích, ale i v rámci komunitní péče. Porodní asistentka osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Definice porodní asistentky byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990. www.ckpa.cz [2011-03-19]

Ve své práci se porodní asistentka setkává i se ženami různých etnik. Na území České republiky to mohou být ženy Romské a Vietnamské národnosti.

Romská kultura

Romové původem pocházejí z Indie a mezi první státy, které osídlili, patřila Arábie a Egypt. V dnešní době žijí po celém světě. Na území střední Evropy přišli až ve 13. století, na území našich zemí ve 14. století. Tradičně po staletí provozovali svá kočovná řemesla (kovářství, řetězářství, korytářství, košíkářství, nožířství, výrobu metel a cihel, řeznictví, zvěrolékařství a hudbu). Romové patří jako většina národů k plemeni europoidnímu, ale mají některé odlišné antropologické rysy (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 178)

Specifika komunikace

Komunikační styl Romů je zcela odlišný od stylu příslušníka majority střední Evropy v mnoha směrech. Romové mají úžasně vyvinutý smysl pro poznání člověka pouhým pohledem a intuicí. Při jakékoliv komunikaci zpracovávají možná ještě více než 95% informací mimoslovních. Dokáže „přečíst“ podtext každé věty. Říká-li zdravotník: „Já Vám pomůžu“, a myslí to formálně a neupřímně, Rom to okamžitě vycítí. Jejich schopnost empatie je v jednání s druhými mnohem vyšší než v našich kulturách. Rom se nebojí kritiky, je-li míněna upřímně a pronášena taktně. Veřejné zostuzení je však vnímáno jako velmi kruté.

Mezi Romy (a mnoha dalšími kulturami na světě) je podávání kritiky uměním. Používají dovednosti kritizovat problém, nikoliv člověka.

V jejich komunikaci je obsažen vysoký podíl emocí při jednání. Chlad navenek i v případě rozháraného nitra Rom nezná. Je-li zoufalý, je to vidět na dálku. Bohužel při tomto rozpoložení nevidí ostatní věci, které jsou pozitivní a neohrožující. Není schopen určitého „nadhledu“, racionálního rozboru a systémového přístupu. Proto je mnohdy nutné brát některé informace jako relativní a umět s nimi pracovat. Stejně otevřeně však umějí prožívat radost a úspěch, nejen vlastní. S těmito jevy souvisí další specifický rys romské komunikace, a to nízká generalizace. Ani jejich jazyk nemá zobecňující termíny a proto očekávání, že z modelu jasně vyplyne návod pro konkrétní situaci, není namístě. Důležité je proto časté opakování informací a předvádění situací. (Babková, 2007, s. 26)

Vietnamská kultura

Vietnam je země v Jihovýchodní Asii u Jihočínského moře s hlavním městem Hanoj. Úředním jazykem je vietnamština s dialekty Bac, Nam a Hue. Obyvatelé Vietnamu ale často hovoří i francouzsky a čínsky. Vietnamci je souhrnné označení všech obyvatel Vietnamu bez ohledu na národní a etnickou příslušnost. Historie země je poznamenána mnoha válkami a lidským strádáním. Vietnamský národ je typický svým lidovým charakterem a hrdostí na svou statečnost.

Specifikace komunikace

Jazyková odlišnost je patrná na první pohled. Čeština patří do jazykové skupiny indoevropských jazyků (slovanská podskupina), vietnamština náleží ke skupině altajské (podskupina austroasijská). Příslušnost k těmto skupinám určuje rozdíly mezi těmito jazyky. Čeština má velmi složitou gramatiku. Vietnamština má gramatiku velmi jednoduchou. Zvuková stránka jazyka hraje ve vietnamštině velmi důležitou úlohu. Slovo může mít až 5 foneticky rozdílných tónů, které zásadně mění význam slova. (Hetzler, 2007, s. 52)

Vztahy jsou pro Vietnamce velmi důležité, nejprve věnují pozornost vztahu, jaký k sobě komunikující mají a potom obsahu toho, co se jim sděluje. Neexistuje zde tykání nebo vykání, používá se různých obrátů pro vyjádření míry úcty. (Hetzler, 2007, s. 55)

Vietnamci se často usmívají nebo se nahlas smějí, a to když chtějí zmírnit nějakou nepříjemnou situaci, jsou v nesnázích, nerozumí nebo si nejsou jistí. Za povšimnutí stojí projev dobrého úmyslu a přátelství. Je zvykem při podání ruky podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknout. Podání jen jedné ruky může být považováno za neúctu. Jako výraz úcty se podává předmět oběma rukama. Nadřazený postoj vyjadřuje noha přes nohu, proto ženy nohy nikdy nekříží. Při rozhovoru je pro ně nepříjemné a nezdvořilé, díváte-li se jim přímo do očí, může to vyjadřovat domýšlivost nebo povýšenost (Hetzler, 2007, s. 56).

NANDA – International

Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku (North American Association for nursing diagnosis international) vyvinula diagnostický systém, ze kterého mohou čerpat představitelé ošetrovatelské specializace. Diagnostické domény představují

13 specifických oblastí chování a projevů u klienta. Pro správné posouzení a diagnostiku klienta existuje diagnostický algoritmus. (Marečková, 2006, str. 36)

Diagnostický algoritmus se skládá ze tří částí: první fáze se soustředí na aktuální diagnózy; druhá fáze se soustředí na potencionální diagnózy; třetí fáze se soustředí na diagnózy k podpoře zdraví, tzv. edukační diagnózy.

Profese porodní asistentky je velmi náročná. Porodní asistentky se ve své práci setkávají s klientkami různého etnika, proto by porodní asistentka měla utěšovat rodičí, s porozuměním jim pomáhat, měla by být odvážná v každém nebezpečí. Musí být teoreticky i prakticky vzdělaná ve všech oblastech lékařského umění. Přizpůsobení člověka je podmíněno jeho schopností dokázat si vytvořit umělé prostředí, znásobit své fyzické možnosti a ovládat živou i neživou přírodu. Lidská reprodukce je charakteristická sociálními vztahy, které jsou spojené s rozmnožováním, mateřstvím a péčí o dítě. Máme dokonale zajištěnou péči o novorozence, ale těhotenství mimo oblast porodnictví je oblastí vyžadující zvýšenou pozornost. Obor antropologie mateřství hledá základní spojující aspekty somatické s otázkami patofyziologie těhotenství za porodu. (Doležal, 1975, s. 6)

Jedním z největších problémů ošetrovatelské péče a péče v porodní asistenci je překonání komunikační bariéry. Porodní asistentka jako profesionál v poskytování péče v porodní asistenci by měla být schopna odstranit tuto komunikační bariéru. K tomuto účelu lze využít proces Nanda – International s konkrétním zaměřením na doménu č. 5 Vnímání – poznávání.

Doména č. 5 Vnímání – poznávání nabízí ošetrovatelské diagnózy, které spadají pod lidské potřeby pozornost ke vjemům, orientace v čase, prostoru a osobě, cítit a vnímat, poznávat a komunikovat. Názvy ošetrovatelských diagnóz jsou v této doméně zařazeny do 5 tříd. Patří sem.

1. Třída: pozornost
2. Třída: orientace
3. Třída: cítí-vnímání
4. Třída: poznávání
5. Třída: komunikace (Marečková, 2006, s. 124)

Ošetrovatelská diagnóza: Zhoršená verbální komunikace 00051

Z určujících znaků, které se mohou u klientek s odlišnou kulturou vyskytovat např.

1. Neschopnost hovořit oficiálním jazykem daného státu (Klientka/pacientka vietnamské národnosti, romské národnosti)
2. Nepřítomnost očního kontaktu nebo potíže se selektivním zaměřením pohledu očí (klientka/pacientka není schopna udržet oční kontakt s porodní asistentkou)

Ze souvisejících faktorů se u klientek odlišné národnosti mohou vyskytovat např.

1. Kulturní rozdílnosti (vietnamská, romská národnost)
2. Nepřítomnost blízké osoby

3. Bariéry v okolním prostředí (personál nemluvíci plyně v anglickém jazyce, personál, který nerozumí romštině)
4. Stres

Definice dle Marečkové: „*Zhoršená verbální komunikace je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se sníženou, zpomalenou nebo chybějící schopností přijmout, zpracovávat a používat systém verbálních projevů.*“ (Marečková, 2006, s. 136)

Navrhované intervence pro porodní asistentky pečující o ženy odlišného etnika:

1. Aktivní naslouchání klientce v průběhu komunikace
2. Snaha a podpora klientky při rozhodování
3. Zlepšit oční kontakt u klientky během komunikace
4. Omezit úzkostlivé projevy u klientky
5. Zajistit spojení s tlumočnickem (mezikulturní poradce, mezikulturní zprostředkovatel)
6. Použít obrázkových karet ke komunikaci
7. Empatické chování ke klientce (Johnson, 2006, s. 56)

Očekávané výsledky při využití navrhovaných intervencí:

1. Schopnost klientky získat, zpracovat a použít informace sdělené verbální i neverbální komunikací.
2. Schopnost klientky přijmout a interpretovat verbální a neverbální informace (Johnson, 2006, s. 56)

Ošetrovatelská diagnóza: Ochota ke zlepšení komunikace 00157

Z určujících znaků, které se mohou u klientek s odlišnou kulturou vyskytovat např.

1. Přeje si zlepšit komunikaci (klientka je schopna porozumět oficiálnímu jazyku)
2. Používá vhodnou nonverbální komunikaci

Je v zásadě spokojena se sdílením informací a myšlenek s dalšími osobami (klientka je schopna spolupracovat s porodními asistentkami na základě verbální i nonverbální komunikace)

Definice dle Marečkové: „*Ochota ke zlepšení komunikace je standardizovaný název situace, ve které výměna informací a myšlenek s dalšími osobami naplňuje potřeb člověka, slouží jeho životním cílům a může být zdokonalena.*“ (Marečková, 2006, s. 136)

Navrhované intervence pro porodní asistentky pečující o ženy odlišného etnika:

1. Komplexní budování vztahů (klientka – porodní asistentka)
2. Zlepšení socializace u klientky
3. Asertivní jednání porodních asistentek ke klientce
4. Omezit úzkostlivé projevy u klientky
5. Empatické jednání s klientkou
6. Navázání očního kontaktu

7. Aktivní naslouchání klientky
8. Zajistit spojení s tlumočnickem (mezikulturní poradce, mezikulturní zprostředkovatel) (Johnson, 2006, s. 57)

Očekávané výsledky při využití navrhovaných intervencí:

1. Smysluplné verbální i nonverbální vyjádření klientky
2. Schopnost přijmout a interpretovat verbální i nonverbální informace (Johnson, 2006, s. 57)

Desatero dobré interakce se ženou jiného etnika a kultury

1. Respektuj každého jedince, jeho názory, přesvědčení, postoje i jeho kulturní a etnické praktiky.
2. Získej co nejvíce informací o etnických a kulturních skupinách se kterými můžeš přijít do kontaktu.
3. Zhodnot' svoji vlastní komunikaci a uvědom si správné zásady komunikace.
4. Uvědom si vlastní předsudky, přijaté stereotypy a respektuj názor jiného.
5. Uvědom si, že kulturní praktiky a symboly mohou přinést nemocnému pohodu.
6. Podporuj návyky klientek a dovolí-li to jejich zdravotní stav, zařaď je do plánu péče v porodní asistenci
7. Pamatuj, že barva kůže neurčuje vždy příslušnost ke konkrétní kultuře a ne všechno je pro klientu/klienta přijatelné.
8. Pokus se poznat, jaký názor má klientka/klient na zdraví, nemoc, smutek a systém poskytované zdravotní péče.
9. Reviduj si své vlastní postoje a názory na zdraví a rozšiř si znalosti o různých přesvědčcích a hodnotách.
10. Pamatuj, že v průběhu porodu se klientka může vrátit ke svým běžným i dřívějším praktikám a svému původnímu jazyku (Žáčková, 2002, příloha diplomové práce)

Bibliografické zdroje

- [1] JOHNSON, Marion. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: supporting critical thinking and quality care*. 3rd ed. Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby, c2012, 422 s. ISBN 978-032-3077-033.
- [2] MAREČKOVÁ, J. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesy, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006b. 80s. ISBN 80-7368-109-9.
- [3] MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006a. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- [4] MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M., SWANSON, E. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Fourth Edition. St. Louis: Mosby, 2008. ISBN 978-0-323-05408-9.
- [5] DOLEŽAL, A. *Zrození člověka*. Brno, 1975.
- [6] HETZLER, H. *Předpoklady úspěšné adaptace vietnamských imigrantů na život v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého 2007, 153 s. Diplomová práce
- [7] IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- [8] ŽÁČKOVÁ M. *Vliv kulturní antropologie na kvalitu ošetrovatelské péče u jedinců jiného etnika*. Olomouc, 2002, 111 s. Diplomová práce.

Kontaktní údaje

Mgr. Štěpánka Bubeníková
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence
Tř. Svobody 8, Olomouc

Mgr. Věra Vránová, Ph. D
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence
Tř. Svobody 8, Olomouc

DILEMY A KOMPETENCIE SESTRY V PODMIENKACH REFORIEM

Nataša Bujdová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Abstrakt

Poslanie sestry v našej spoločnosti vplyvom spoločenských zmien zostáva stále nepochopené a neocenené. Často krát si neuvedomujeme, že za prácou lekárov sa skrýva neoceniteľná a nenahraditeľná práca sestier.

Kľúčové slová

Sestra. Zdravotníctvo. Pacient. Človek. Reforma.

Povolanie zdravotníkov v ošetrovateľskej praxi je u nás poskytované najčastejšie sestrami, ktoré prejavujú túžbu i potrebu pomáhať nezištne iným. Komu teda pomáhajú? Vymenovať celé spektrum služieb nie je možné, a preto ho musíme zjednodušiť na celú veľkú skupinu chorých, s rôznymi diagnózami. Ak spoločnosť akceptuje definíciu zdravia ako určitej harmónie, rovnováhy a blaha v telesnej, duševnej, sociálnej a spirituálnej oblasti človeka, potom sestra pomáha všetkým, pretože každý je potenciálne chorý. Moderná zdravotná starostlivosť dáva mimoriadny dôraz na upevňovanie zdravia a prevenciu, a tak jej pomoc môže smerovať ku všetkým, s ktorými sa vo svojom povolaní stretáva v rámci primárnej prevencie.

Dnes vystupujú do popredia najmä chronicky chorí ľudia, tak deti, ako aj ich rodičia, dospelí a ich príbuzní. Sestra neobchádza ani terminálne obdobie života a preberá starostlivosť o zomierajúcich. Keď kauzálna liečba je neefektívna a predstavuje niekedy len predlžovanie utrpenia, nastupuje paliatívna liečba poskytujúca starostlivosť i o tých, ktorí nemôžu byť vyliečení. Sestry teda pracujú aj v sociálnych zariadeniach a hospicioch, kde psychologicky a sociálny aspekt ošetrovateľstva dostáva osobitný nenahraditeľný rozmer. Práve boj proti bolesti a utrpeniu predstavuje tento rozmer v ich zmierňovaní. Láskavá sestra neraz pomáha viac, ako už často neúčinná farmakologická liečba.

Zdravotná sestra, ošetrovateľka, sestra so stredoškolským alebo vysokoškolským vzdelaním, to všetko sú mená jedného povolania, dnes zvyrazňovaného do dimenzie poslania. Za láskavou, usmievavou tvárou sestier sú tiež len ľudia s podobnými problémami a starosťami. Zároveň si uvedomujú a navonok prejavujú, že práve ľudská ochota, vľúdnosť a najmä nezabudnuteľný úsmev prinášajú nádej, ba dokonca zázraky. Za touto láskavou tvárou sa však skrýva človek, ktorý tiež potrebuje ľudské pochopenie a ocenenie. Napriek tomu, že kontakt sestry s pacientom je najbližší, stáva sa, že si nespokojný pacient „vyleje svoju zlosť“ práve na sestru.

Celosvetovým problémom zdravotnej starostlivosti je pretrvávajúci nárast nákladov na zdravotnú starostlivosť. Je to predovšetkým rozvoj vedy a technológií ponúkajúco nové a často veľmi nákladné možnosti. Vplýva na to aj starnutie populácie a nárast chronicky chorých, ktorí by v minulosti neprežili. Moderná medicína sa stáva čím ďalej tým nákladnejšou. Dokáže síce chorých zachraňovať, ale nie vždy uzdravovať. Pacienti žijú na dialýzách, po transplantáciách, a tiež rovnako prežívajú extrémne nezrelí novorodenci s hmotnosťou pod 1000 gramov. Hlavné úsilie sa dnes sústreďuje na úsporu finančných prostriedkov a zvýšenie efektívnosti hospodárenia zdravotníckych a sociálnych zariadení. To robí každý dobrý hospodár, keď stojí pre rozhodnutím, čo uprednostniť v konkrétnych situáciách. Trhové mechanizmy sa stali súčasťou nášho života a dotýkajú sa i ošetrovatelstva.

Neexistuje jednoduchý recept, ako poskytnúť pacientovi všetko čo potrebuje a čo mu zaručuje Ústava Slovenskej republiky, ak treba súčasne rešpektovať pokyny a nariadenia rezortu zdravotníctva a poisťovní.

A tak hlavnou požiadavkou sú „Peniaze“.

Heslom doby je viac peňazí do zdravotníctva, školstva, sociálnej oblasti. Nepochybujeme, že zdravotníctvo potrebuje veľa finančných prostriedkov. Platí však, že aj pri nedostatku finančných zdrojov môžeme zostať slušní, ústretoví a chápaví. Od vzniku samostatnej Slovenskej republiky nedošlo k formulovaniu a kreovaniu komplexnej reformy zdravotníctva. Každá vláda rieši len čiastkové problémy a aktuálne ťažkosti bez dlhodobej vízie. Dôsledkom toho je, že problémy pretrvávajú. Je potrebné zahájiť odbornú diskusiu za účasti všetkých zodpovedných zdravotníckych, politických činiteľov.

Podobne ako skupina expertov medicínskej etiky z mnohých štátov (medzi ktorými sú aj zástupcovia z Čiech a Slovenska) aj my sa domnievame, že pozornosť v zdravotnej a sociálnej starostlivosti by mala byť zameraná na nasledovné problémy:

- prevencia chorôb a poranení,
- zmiernenie bolesti a utrpenia,
- liečba a starostlivosť o chorých, a tiež starostlivosť o nevyliciteľne chorých,
- predchádzanie predčasnej smrti a zabezpečenie pokojného zomierania.

Naše sestry sú často pracovne preťažené a dlhodobo boli finančne nedocenené. Je potešujúce, že prezident republiky 14. februára 2012 podpísal zákon, na základe ktorého mzdy zdravotných sestier a pôrodných asistentiek od apríla porastú. Nesmieme zabúdať, že sestry sú tiež len ľudia, so svojimi každodennými problémami a starosťami. Rovnako potrebujú pomoc, podporu, pochopenie, ocenenie a samozrejme vyjadrenie vďaky a uznania za ťažkú, náročnú a zodpovednú prácu pre nás všetkých.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BUJDOVÁ, N., DANCÁK, F. 2011. Služba v láske. Bratislava, VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. 69 s. ISBN 97-80-8132-003-3.
- [2] VANSÁČ, P. 2011. Vybrané kapitoly z etiky. Prešov, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2011. 128 s. ISBN 978-80-8132-030-9.

Kontaktné údaje

PhDr. Nataša Bujdová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava
Slovensko
e-mail: natasabujdova@gmail.com

ADAPTAČNÍ OBDOBÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Lada Cetlová¹, Lada Nováková²

¹Vysoká škola polytechnická Jihlava

²Nemocnice Havlíčkův Brod

Abstrakt

Ve zdravotnických zařízeních České republiky je zavedeno adaptační období nelékařských zdravotnických pracovníků, které je určeno zákonem č. 105/2011 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb. v platném znění.

Cíl: Cílem naší práce bylo zjistit počet pracovníků v adaptačním období v nemocničním zařízení v průběhu jednotlivých sledovaných období.

Metody: Ke zpracování naší práce bylo použito kvantitativního šetření, metodou sběru dat. Sběr dat byl realizován technikou elektronického hlášení adaptačního období z jednotlivých oddělení nemocničního zařízení.

Výsledky: Na základě zpracování výsledků jsme zjistili, že v daném nemocničním zařízení je zaveden funkční systém adaptačního období u nelékařských zdravotnických pracovníků.

Závěr: Můžeme konstatovat, že nemocniční zařízení má vypracovaný funkční program adaptačního procesu u nelékařských zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova

Adaptační období, nelékařský pracovník,

ADAPTATION PERIOD OF NON-PHYSICIAN HEALTH WORKERS

Abstract

In health care facilities in the Czech Republic follows the adaptation period the paramedical health workers, which is determined by Act No. 105/2011 Coll. and Decree No. 55/2011 Coll. as amended.

Objective: The aim of our study was to determine the number of workers in the adaptation period in the hospital during the monitored period.

Methods: The process of our work was used in quantitative surveys, data collection method. The data collection technique was implemented electronic reporting of the adaptation of individual departments hospital equipment.

Results: Based on the processing of results, we found that the hospital is the system of the adaptation period for non-medical health professionals.

Conclusion: We can say that the hospital has developed a program of the adaptation process for non-medical health professionals.

Keywords

Adaptation period, non-medical staff.

Úvod

„Adaptační proces je proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. V neposlední řadě zahájit formování pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti k zaměstnavateli.

V průběhu by si měl nelékařský zdravotnický pracovník ověřit soubor základních znalostí a získat zkušenosti pro výkon práce, včetně seznámení se s prostředím, spolupracovníky a pracovním týmem. V celém období tohoto procesu probíhá hodnocení, z něhož by měly vyplynout perspektivy uplatnění na daném pracovišti a možnosti jeho dalšího rozvoje po odborné i osobnostní stránce“ (Plachá, 2009).

Ve standard č. 60 Spojené akreditační komise, obecně prospěšné společnosti (SAK, o.p.s.) je uvedeno, že každý pracovník při nástupu na pracoviště je seznámen se svojí náplní práce, kompetencemi a plánem zaškolení (adaptačním procesem). Plán zaškolení pro pracovníka vypracuje vedoucí pracovník s ohledem na charakter práce, kvalifikaci a dosavadní praxi pracovníka. Zároveň určí novému zaměstnanci školitele, který bude vykonávat nad pracovníkem odborný dohled a bude spoluodpovědný spolu s vedoucím pracovníkem za průběh zaškolení. Plán zaškolení je vypracován ve třech vyhotoveních, jeden je předán školenému pracovníkovi, jeden zůstává u vedoucího pracovníka a jeden je po ukončení zaškolení předán na personální oddělení. (Marx, Vlček, 2008).

Indikátory příslušného standardu stanovují, že:

- všichni pracovníci nemocnice jsou při nástupu zapracováni.
- délka, rozsah a náplň zapracování odpovídá pracovnímu místu, které pracovník zastává.
- všichni pracovníci jsou v rozsahu stanoveném nemocnicí zapracováni v oblastech, které požadují zákony a podzákonné normy.
- o zapracování každého pracovníka je veden písemný záznam.

Adaptační období nelékařských zdravotnických pracovníků

A. Adaptační období u absolventů 4letého studia (všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický laborant, farmaceutický laborant, radiologický asistent, zdravotnický asistent). Je rozloženo do období od 6–12 měsíců. Nastupují do platové třídy dle katalogu prací a platné tabulky. Po ukončení adaptačního období zůstávají zaměstnanci po dobu tří let pod odborným dohledem (pověřeného školitele/ky vrchní sestrou, vedoucí laborantkou, vedoucím fyzioterapeutem, vedoucí nutričních terapeutů atd. dále jen **vedoucí pracovník oddělení**). Po tuto dobu sbírají kredity dle vyhlášky č. 4 / 2010 Sb. předepsaný počet 40 kreditů, tím splní podmínky pro získání osvědčení a zažádá si o registraci a vydání osvědčení k výkonu

zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Teprve poté mohou vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu. Zdravotnický asistent nemá možnost žádat o registraci a pracovat bez odborného dohledu i po ukončení adaptačního procesu.

B. Adaptační období u absolventů Vyšších odborných zdravotnických škol (VOZŠ) nebo vysokých škol (VŠ) - všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický laborant, farmaceutický laborant, radiologický asistent, sociální pracovnice, psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut). Je rozloženo do období od 3–12 měsíců. Nastupují do platové třídy dle katalogu prací a platné platové tabulky. V tomto období zaměstnanci pracují pod odborným dohledem (pověřeného školitelem/ky vedoucím pracovníkem oddělení) a zároveň zažádají o vydání osvědčení (registrace, viz výše) k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Po ukončení adaptačního období a získání osvědčení mohou vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu. Absolventi VOZŠ a VŠ mohou využít možnosti získání způsobilosti k výkonu povolání (registraci) do 18 měsíců po ukončení studia bez nutnosti dokládání výkonu povolání a účasti celoživotního vzdělávání.

C. Adaptační období ostatních nelékařských zdravotnických povolání (ošetřovatel/ka, sanitář/ka). Je rozloženo do období 1–6 měsíců. Nastupují do platové třídy dle katalogu prací a platné platové tabulky. V období adaptačního procesu pracují pod dohledem školitele/ky pověřeného vedoucím oddělení. Po ukončení adaptačního procesu pracují stále pod odborným dohledem nadřízeného pracovníka (nelékařský zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu).

D. Adaptační období u zaměstnanců při návratu z mateřské dovolené, rodičovské péče nebo při nástupu z jiného zdravotnického zařízení. Pokud jsou již zaměstnanci registrováni a mají platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, absolvují rovněž adaptační období v platové třídě dle katalogu prací a platné platové tabulky pod odborným dohledem (pověřeného školitele/ky vedoucím pracovníkem oddělení). Dle uvážení vedoucího pracovníka jsou navrženi na ukončení adaptačního období v rozmezí 1 - 6 měsíců a po ukončení mohou vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu. Pokud nelékařský zdravotnický pracovník nemá platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, vykonává činnosti pod odborným dohledem do doby získání platného osvědčení. U profesí zdravotnický asistent, ošetřovatel/ka, sanitář/ka vykonávají činnosti pod odborným dohledem nelékařského zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Plán adaptačního období - obecně platné předpisy

Vedoucí pracovník oddělení je povinen seznámit a zajistit pro nastupujícího zaměstnance:

- proškolení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP)
- požární ochraně (PO) v rámci ošetrovací jednotky
- kardiopulmonální resuscitaci (KPR)
- hygienické dezinfekci rukou (HDR)
- organizačním řádem nemocnice
- provozním řádem stanice, domácím řádem a harmonogramem práce

- hygienicko - epidemiologický režim oddělení
- provozním řádem o likvidaci odpadů
- zákonem o ochraně osobních údajů v informačních systémech
- etickým kodexem zdravotnického pracovníky
- právy pacientů - zákon 372/2011 Sb.
- právní a hmotnou zodpovědností
- povinností mlčenlivostí, profesionálním oslovováním pacientů
- nutností používání osobních ochranných pracovních pomůcek (OOPP), identifikační karty
- seznámení se standardními postupy v ošetrovatelské péči
- ostatními platnými vnitřními předpisy

Absolvent/ka podepisuje tzv. informační listinu, kde je uvedeno s jakými skutečnostmi byl/a seznámen/a. Tuto listinu eviduje a archivuje vrchní sestra daného oddělení.

Vedení absolventa/ky v době adaptačního období

Informace o průběhu adaptačního období získává absolvent/ka z několika zdrojů:

- a) První informace podává vedoucí pracovník oddělení ve spolupráci s personálním oddělením při nástupu do pracovního poměru.
- b) Absolvent/ka je pod organizačním i metodickým vedením vedoucího pracovníka daného oddělení.
- c) Absolventce/tu je určena školitel/ka pověřená vedoucím pracovníkem, od které získává nové a prohlubuje stávající informace.
- d) Za průběh adaptačního období vždy zodpovídá vedoucí pracovník oddělení.
- e) Na zapracování absolventa/ky se kromě vedoucího pracovníka, stanoveného školitele/ky podílí i celý pracovní kolektiv.

Školitel/ka

Školitelem se může stát pouze registrovaný nelékařský zdravotnický pracovník pracující bez odborného dohledu dle zákona č. 105/2011 Sb., pověřený vedoucím pracovníkem oddělení.

Průběh adaptačního období

Absolvent/ka se pod vedením školitele/ky a vedoucího pracovníka oddělení postupně seznamuje s činnostmi vycházející z profilu pracovního místa. Vedoucí pracovník oddělení vypracuje plán činností, které absolvent/ka postupně splní a do ukončení adaptačního období je bude ovládat.

Ukončení adaptačního období

Termín ukončení adaptačního období stanoví vedoucí pracovník oddělení. Tento termín vedoucí pracovník oznámí absolventce/ovi nejméně 1 měsíc před stanoveným datem ukončení. Ukončení adaptačního období provede vedoucí pracovník oddělení ve spolupráci pověřeného školitele. Dále mohou být přizváni i další členové jako např. náměstek

ošetřovatelské péče / hlavní sestra (NOP), náměstek lékařské péče (NLP), primář/lékař daného oddělení, staniční sestra atd. Adaptační období je ukončeno záznamem do formuláře „Plán adaptačního období“, které je podepsáno členy komise a absolventem. Takto vyplněný a uzavřený formulář se zakládá do osobního spisu příslušného zaměstnance na personální oddělení. Po úspěšném ukončení adaptačního období je pracovník zařazen do příslušné platové třídy dle katalogu prací.

Tabulka 1 Počty nelékařských pracovníků (NLP) v adaptačním období

	2008	2009	2010	2011
Počet ukončených adaptačních období	18	11	15	16
Počet NLP	529	541	543	535

Obrázek 1 Praktické výkony v adaptačním období

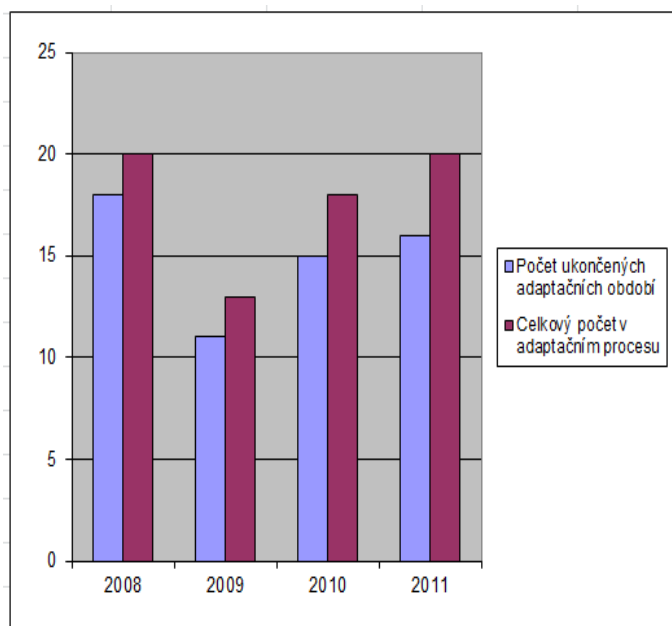
Praktické výkony v adaptačním období

Jméno a příjmení:.....

Výkon	Četnost	Splněno dne	Podpis školitelky
Příjem a propuštění pacientů.			
Předoperační příprava pacienta.			
Stravování nemocných-dietní systém,podávání stravy.			
Podávání léků – dokumentace.			
Aplikace všech druhů injekcí.			
Odběry krve a ostatního materiálu na TS,biochemii,mikrobiologii.....			
Aplikace periferní kanyly a péče o perif.kanylu.			
Aplikace oxynoterapie-centrální rozvod.			
Oš.péče o epidurální katetr.			
Oš.péče o CŽK			
Příprava a podávání infusí.			
Příprava TS a asistence při aplikaci.			
Cévkování žen.			
Zavádění PK u žen.			
Asistence při zavádění PK u mužů.			
Klysmá.			
Asistence při převazech.			
Asistence při punkci kolena.			
Praktické ověření znalostí obsluhy přístrojů na ortopedickém odd.: odsávačka			
lineární dávkovač			
infuzní pumpa			
glukometr			
analyzátor Hb			
Sterilizace nástrojů – zadávání do PC			

Datum ukončení:

Podpis vrchní sestry:.....



Graf 1 Počet ukončených adaptací

Závěr

Můžeme konstatovat, že nemocniční zařízení má vypracovaný program adaptačního procesu u nelékařských zdravotnických pracovníků. V délce adaptačního procesu mohou však nastat výjimky a to v prodloužení a zkrácení adaptačního období.

Prodloužení adaptačního období:

- a) dlouhodobých nebo častých pracovních neschopností
- b) na návrh vedoucího pracovníka a po konzultaci s náměstkem ošetrovatelské péče / hlavní sestry (NOP), náměstkem lékařské péče (NLP) - vedoucí pracovník předloží písemné odůvodnění k prodloužení délky adaptačního období

Zkrácení adaptačního období je možné v případě:

U pracovníků může být délka adaptačního období zkrácena po předchozí konzultaci s náměstkem ošetrovatelské péče (NOP), - vedoucí pracovník předloží písemné odůvodnění ke zkrácení délky adaptačního období.

Seznam bibliografických odkazů

- [1] MARX, D., VLČEK, F. 2008. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGIS, 2008, 91 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
- [2] PLACHÁ, H., 2009. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [online]. 2009 [cit. 2011-28-11]. Dostupné na <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=6749&typ...>

Kontaktní údaje

PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, Jihlava
Česká republika
e-mail: l.cetlova@gmail.com

Bc. Lada Nováková
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2426, Havlíčkův Brod
Česká republika
e-mail: lada.novakova@onhb.cz

SELF-EVALUATION AND PROFESSIONAL REASONS FOR CHOOSING THE NURSING PROFESSION

Elżbieta Cipora¹, Krzysztof Jakubowski¹, Beata Penar-Zadarko^{1,2}, Ewa Smoleń¹

¹Jan Grodek Higher Vocational School in Sanok, Medical Institute, Department of Nursing, Poland, ²University of Rzeszow, Medical Department, Institute of Nursing and Health Sciences, Poland

Abstract

Evaluation is a judgment arising by comparing the facts of the adopted standard. Self-evaluation is an expression of a generalized attitude toward himself. Career assessment can be focused on personality traits or employee productivity and work quality. Self-assessment affects human behavior and employee self-esteem may be affected by various factors, including environmental review and our own past experience of individuals, including reasons for choosing a profession. The self-assessment nurses were taken into account the tasks of professional training and ethical principles.

Aim

The study analyzed the results of self-assessment of professional nurses and to assess the association between self-esteem, career choices and motives which actuated the nurses engaged in self-esteem.

Material and methods

The study was conducted among 224 nurses employed in health care facilities in the county of Sanok and method of diagnostic survey. The research tool was the original questionnaire.

Results and conclusions

The vast majority of nurses carrying out self-assessment issued a positive assessment. Persons in charge of the choice of occupation, family traditions, had higher self-esteem, than nurses who do not have identified this motif. This difference was statistically significant. Similarly, nurses who choose a theme chosen profession desire to acquire medical knowledge, had higher self-esteem than those who are not guided by this motive. This difference was also statistically significant.

Key words

Nurse, reasons for choosing, self assessment.

Introduction

Nursing as a health care profession requires high levels of knowledge, multiple skills, and adequate personal attitudes. While performing their occupational tasks, nurses are also responsible for various types of assessments and evaluations. Among other elements, nurses

assess bio-psycho-social status of a patient, outcomes of nursing interventions, and perform self-evaluation at different stages of provided care and professional work. Self-reported assessment is an element of an employee appraisal, which is an opinion formed after comparing employee's performance with an approved personal model (Widomska-Czekajska, Gorajek-Jozwik, 1996, p. 387).

Criteria focusing on personal traits of an employee or quality and outcomes of one's work are important for both, self-evaluation and employee appraisal. The assessment of professional performance of a nurse includes a review of nursing qualifications and how they were improved. Moreover, the outcomes and methods of care provided by a nurse are assessed (Lenartowicz, 1996).

Numerous factors affect employee's self-evaluation e.g. one's reasons to choose this particular profession, described as factors directing one's actions towards a predefined purpose. (Formanski, 2000). These motivations may have internal or external sources.

Purpose

The objectives of this study included the analysis of outcomes of self-reported employee assessment among nursing professionals and examining if there was any correlation between self-evaluation and reasons for choosing nursing as a profession when deciding about future career.

Material and methods

The study population comprised 224 professionally active nurses employed in medical care facilities in Sanok and Sanok district. The vast majority of respondents were women (97.3%, n=218) and there were only six male nurses (2.7%). Town residents comprised 62.1% of the study group (n=139). The most numerous age subgroup included nurses aged between 41 and 50 years (40.2%) whereas respondents older than 20 and younger than 30 years old comprised the smallest subgroup (9.4%). Educational level presented by our respondents varied. The most numerous were nurses who graduated from high-schools (64.7%, n=145), twenty five percent of the study group held BSN degrees while 23 nurses were MSNs (10.3%). As far as job seniority was concerned, the most numerous subgroup (21.0%, n=47) included nurses who had been working for 21-15 years. Similar number of respondents (19.2%, n=43) had 30 years of service as a nurse. Remaining nurses participating in our study, 14.7% and 14.3%, had been working for 26-30 and 6-10 years, respectively. (Table I)

Table I. Length of service as a nurse

Time intervals	N	%
up to 5 years	28	12.5%
6-10 years	32	14.3%
11-15 years	25	11.2%
16-20 years	16	7.1%
21-25 years	47	21.0%
26-30 years	33	14.7%
over 30 years	43	19.2%
Total	224	100.0%

Our respondents worked at different posts. Unit nurses were in majority (63.4%, n=142). Significantly fewer respondents, i.e. 21% (n=47), worked as RNs in the primary health care settings. Nurse managers comprised 9.8% of the study group (n=22) whereas remaining 13 respondents (5.8%) were employed as teachers, dispatchers, and had private practice. (Figure 1)

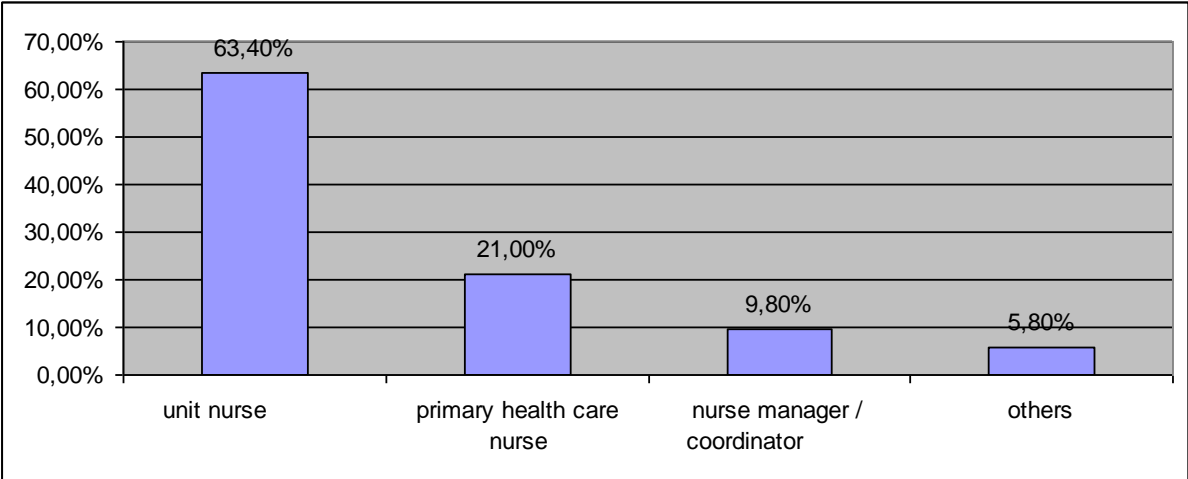


Fig. 1. Respondents' nursing jobs

Nurses participating in our study improved their skills through various forms of postgraduate education. Basic courses developing particular qualifications were attended by 65.2% of our respondents (n=146) whereas 52.2% (n=117) and 18.8% (n=42) of nurses participated in specialist and additional (complementary) courses, respectively. Thirty seven respondents (16.5%) declared attending specialist teaching courses and 5.8% (n=13) received postgraduate university education. Only 4.0% of our study group (n=9) didn't participate in any form of courses improving nursing skills. (Fig.2)

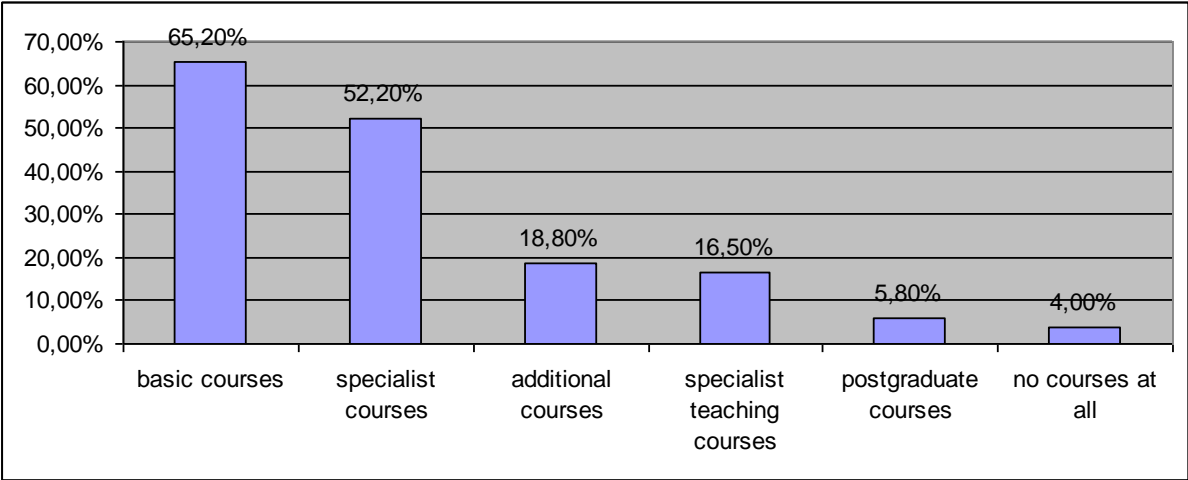


Fig. 2. Forms of professional development for nurses.

The study used a survey questionnaire developed by the authors, which consisted of 35 questions. All statistical analyses were performed using the software SPSS. The significance of differences between the means was examined with the t-test. If not stated otherwise, the level of significance was set as $p < 0.05$.

Results

The major factor motivating nurses to choose their profession was one's desire to help other people, and this reason was indicated by 45.1% ($n=101$) of our respondents. The next reason for selecting nursing as a career was being sensitive to the needs of people expecting support, and this answer was indicated by 27.7% ($n=62$) of nurses. Smaller number of our respondents (20.5%, $n=46$) reported they wanted to get medical knowledge and that was why they decided to become a nurse. However, 26 nurses (11.6%) said they wanted to have contact with other people. Significantly fewer respondents indicated external reasons for choosing their profession. The most frequent external factors motivating them to make this choice were as follows: prestige (8.5%, $n=19$), coincidence (8%, $n=18$), the influence of other people including relatives (12.5%, $n=28$), family tradition (5.4%, $n=12$), and 3.1% ($n=7$) of our respondents decided to study nursing after they weren't accepted as students of another faculties. (Fig.3)

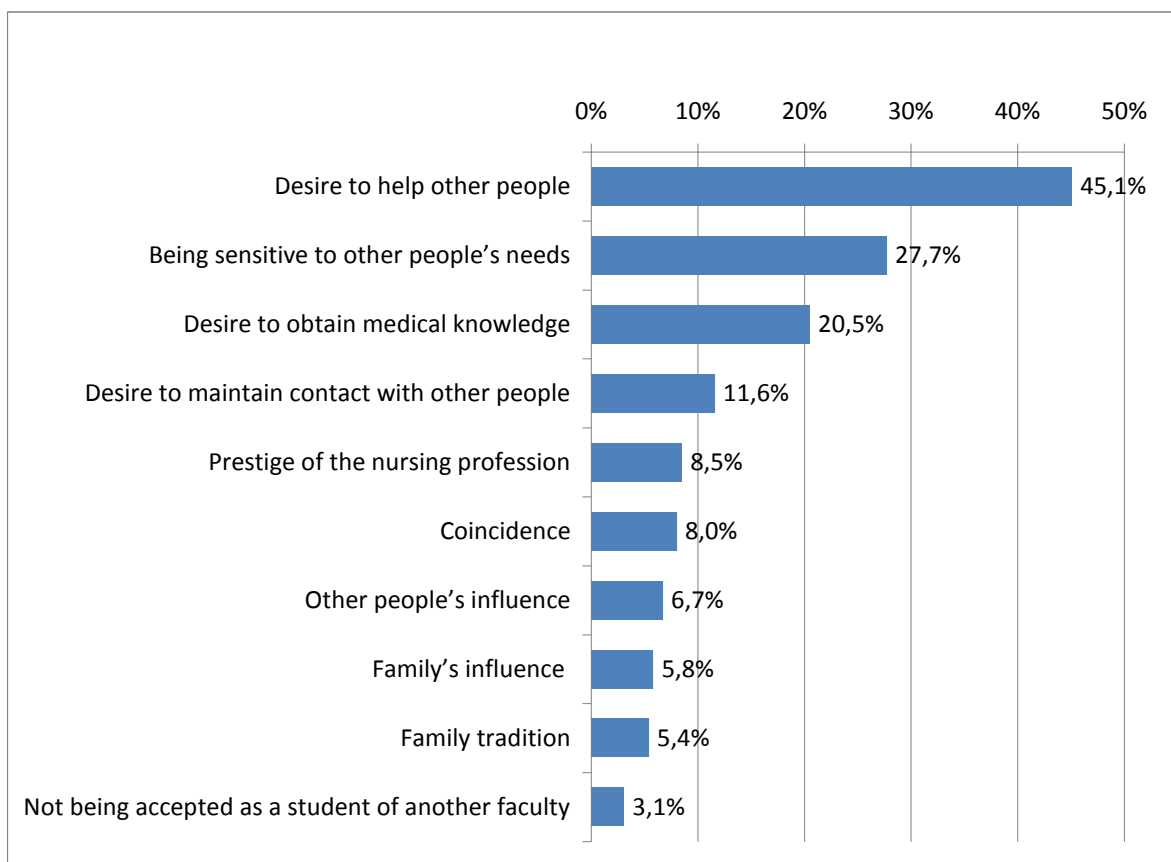


Fig. 3. Reasons for selecting nursing as a career

Next, respondents were asked to perform self-evaluation of their professional career. The following elements were taken into consideration: how respondents performed nursing tasks, if nurses' attitudes were ethical, and if they continued their professional development. Forty five nurses (20.1%) received the highest scores in their self-evaluation, which meant that they assessed their professional career as definitely good. Over fifty percent of our respondents (54.9%, n=123) believed it was good whereas 24.1% (n=54) were convinced their work was rather good. Only 0.9%, i.e. 2 nurses, received low scores indicating poor professional performance. (Table II)

Table II. Nurses' self-evaluation as employees

Self-evaluation	N	%
Definitely good	45	20.1%
Good	123	54.9%
Rather good	54	24.1%
Poor	2	0.9%
Total	224	100.0%

Based on statistical analysis we examined if respondent's reasons for choosing nursing as a career correlated with the level of nurses' professional self-evaluation. (Table III).

Table III. Levels of nurses' professional self-evaluation vs. reasons for choosing nursing as a career – the means (6=definitely good, 1=definitely poor)

Reasons for choosing nursing as a career	self-evaluation		
	Mean	N	%
Family tradition	5.42	12	5.8
Desire for medical knowledge	5.15	46	20.5
Desire to have contact with other people	5.08	26	11.6
Desire to help other people	4.95	101	45.1
Being sensitive to the needs of people expecting support	4.81	62	27.7
Prestige	4.95	19	8.5
Influence of other people	4.93	15	6.7
Influence of relatives	5.08	13	5.8
Coincidence	5.06	18	8.0
Not being accepted as a student of another faculty	4.14	7	3.1

The highest self-evaluation scores (5.42) were recorded among nurses who based their choice of professional career on family tradition. They were followed by respondents who decided to become a nurse in order to get medical knowledge (5.15). One's desire for contact with other

people and the influence of relatives were the next most frequent reasons for selecting nursing and the mean score for these two elements was 5.08. However, individuals who decided to study nursing due to a coincidence scored on a similar level i.e. 5.06. The mean score of 4.95 was recorded for the most numerous group of respondents (n=101), who based their decision about nursing career on their desire to help other people. Similar self-evaluation was observed among 19 nurses who indicated prestige as a reason for selecting nursing. The lowest self-evaluation scores (4.14) concerned only 7 respondents who decided to study nursing because they weren't accepted as students of another faculty. Being sensitive to the needs of other people expecting support comprised another factor motivating respondents to choose this type of career (62 nurses), however their self-evaluation score was one of the lowest i.e. 4.81. (Table III)

Next we analysed correlations between the levels of nurses' professional self-evaluation and their reasons for choosing nursing as a career. Respondents, who based their choice of nursing career on family tradition presented higher level of self-evaluation than individuals who didn't point to this reason. (Table IV)

Table IV. Nurses' self-evaluation vs. family tradition

Group statistics					
	family tradition	N	Mean	SD	Standard error
Self-evaluation as an employee	No	212	4.9057	.71581	.04916
	Yes	12	5.4167	.66856	.19300

Table V. The t-test for independent samples

The t-test for independent samples										
		The Levene test for equality of variances				The t-test for equality of means				
		F	Significance	T	Df	Significance (double-sided)	Difference of two means	Standard error of the mean	95% confidence interval for differences of two means	
									Lower limit	Upper limit
Self-evaluation as an employee	Variances were equal	.266	.607	-2.413	222	.017	-.51101	.21173	-.92827	-.09375
	variances weren't equal			-2.566	12.471	.024	-.51101	.19916	-.94313	-.07889

The difference of the mean self-evaluation score among nurses, who based their choice of career on family tradition was statistically significant when compared with individuals who didn't indicate this reason for choosing their profession. (Table V)

Furthermore, a relation between the reason for choosing nursing as a career defined as one's desire to get medical knowledge and the level of self-evaluation was examined. Respondents who wanted to have medical knowledge presented higher levels of their self-assessment when compared with other nurses, whose motivations were different. (Table VI)

Table VI. Nurses' self-evaluation vs. their desire for medical knowledge

Group statistics					
	desire for medical knowledge	N	Mean	SD	Standard error
Self-evaluation as an employee	No	178	4.8764	.73370	.05499
	Yes	46	5.1522	.63131	.09308

Table VII. The t-test for independent samples

The t-test for independent samples										
		The Levene test for equality of variances				The t-test for equality of means				
		F	Significance	T	Df	Significance (double-sided)	Difference of two means	Standard error of the mean	95% confidence interval for differences of two means	
									Lower limit	Upper limit
Self-evaluation as an employee	Variances were equal	.534	.466	-	222	.020	-.27577	.11812	-.50854	-.04300
	variances weren't equal			-	79.436	.013	-.27577	.10811	-.49094	-.06059

The difference of the mean self-evaluation score among nurses, who based their choice of career on their desire for medical knowledge was statistically significant when compared with individuals who didn't indicate this reason for choosing their profession. (Table VII)

The analysis of correlations between self-evaluation scores and the reason for choosing nursing career defined as not being accepted as a student of another faculty revealed that respondents who reported this reason scored lower in their self-assessment as an employee when compared to nurses who didn't indicate this type of motivation, 4.14 vs. 4.96. However, due to the fact that this reason was reported only by 7 respondents, the authors decided that this sample was too small to draw any conclusions about correlations.

As far as remaining reasons for choosing nursing career were concerned, no statistically significant differences were found.

Discussion

Self-evaluation expresses one's general attitude towards himself/herself. It may be positive or negative. The term "negative self-assessment" corresponds to the sense of inferiority whereas "positive self-evaluation" means self-confidence.(Szewczuk, 1985).

In our study, the most numerous subgroup of nurses (54.9%) assessed their nursing performance as good. According to 20.1% of nurses their professional work and personal attitude were "definitely good", 24.1% believed it was "rather good" whereas the outcomes of self-evaluation of 2 nurses were "poor". Therefore, it may be assumed that 99.1% of our respondents assessed themselves as "good" nurses and the remaining 0.9% reported negative self-evaluation. These results suggest that nurses were self-confident. The following factors could have affected this self-assessment: professional experience, participation in courses and other forms of education, self-education, social situation of nursing professionals, opinions presented by other people, professional successes, and failures. Every nurse should be a professional. The degree of professionalism also affects self-evaluation.(Cipora, 2009)

Our respondents were experienced nurses. The majority of them (62.0%) had been working for at least 16 years, and only 12.5% reported length of service shorter than 5 years.

Nurses participating in this study willingly attended teaching courses like: basic, specialist, complementary and postgraduate courses. The vast majority of our respondents (96.0%) had post-graduate diplomas. Buczkowska showed in her study that 70% of nurses participating in specialist courses on organisation and management in Poznan, Torun, and Lodz attended other teaching courses concerning various fields of nursing.(Buczkowska 2007). It may prove that nurses working in Sanok and Sanok district presented greater desire to improve their knowledge and skills through different forms of education, and this fact may have influenced their levels of self-evaluation.

The Centre of Post-graduate Education for Nurses and Midwives asked representatives of medical professions and patients to fill a questionnaire form about prestige for nurses. More than 50% of nurses assessed their professional prestige as medium whereas only every fifth respondent perceived it as high. However, patients believed that prestige for nurses was much better and 26% of respondents assessed it as high. The results of this survey suggested that higher levels of education and personal ambitions presented by nurses were disproportional to their self-evaluation. (<http://www.takdlazdrowia.pl> cit. 01.03.2012.)

According to the EC survey every tenth Polish professional is uncertain of his/her professional competencies. As a result, the effectiveness of work may decrease. Low self-evaluation is an obstacle in professional development. High self-assessment increases the probability of success whereas low outcomes lead to poorer self-confidence and makes nurses a group of professionals staying in the shadow of other medical specialist. (<http://www.kluczdokariery.pl> cit. 10.01.2012.)

Self-evaluation has an impact on managing one's behaviour meaning professional attitudes. On the other hand, this attitude is a key-element in self-assessment. Creative attitudes are especially important in nursing since they affect the image of this profession (Zuchowska 2009).

The attitude and career are also influenced by reasons, which direct and encourage human actions.(Formanski 2000). Our respondents were asked to indicate reasons for selecting nursing as a career and they reported the following internal reasons: desire to help other people (45.1%), being sensitive to the needs of other people expecting support (27.7%), desire for medical knowledge (20.5%), and desire for contact with people (11.6%). As far as external reasons were concerned, the following elements were reported: prestige for nurses (8.5%), coincidence (8.0%), influence of other people (6.7%), family tradition (5.4%), and not being accepted as a student of another faculty (3.1%). Binkowska-Bury et al. presented a study performed among first-year students of nursing and midwifery where over 50% of respondents (65%) said they decided to study nursing because of future work with other specialists in different fields of medicine. Similar number of students (58.5%) made that choice based on their desire to help other people, and 36.7% were convinced their had predisposition to nursing and midwifery. (Binkowska-Bury, 2006)

The analysis of relations between the level of self-evaluation and reasons for selecting nursing as a career showed that the highest scores of self-assessment were found in nurses who based their decisions about becoming a nurse on family tradition (5.42), then their desire for medical knowledge (5.15), desire for having contact with other people and the influence of relatives (5.08). The poorest self-assessment (4.14) was recorded among respondents who became nurses because they weren't accepted as students of another faculty. The reason for choosing nursing career and self-evaluation have an impact on professional development of nurses and this development affects self-assessment.(Zychowska 2009).

Our results prove that evaluation of one's performance at work and revealing this appraisal to the employee influences one's further behaviours related to his/her professional tasks.(Lenartowicz 1996) The process of evaluation is difficult and it often included subjective elements, however it is necessary because it is significant and meaningful if quality of work is to be improved.

Conclusions

1. When performing self-evaluation, the vast majority of nurses received positive scores.
2. Respondents who based their decision about nursing career on family tradition received higher self-assessment scores than nurses who didn't indicate this reason for choosing nursing as a career.
3. Nurses whose reason for selecting nursing included their desire for medical knowledge presented higher levels of self-evaluation.
4. Respondents who chose nursing studies because they weren't accepted as students of another faculty presented significantly lower levels of self-evaluation.

References

- [1] BUCZKOWSKA, E. 2007. Pielęgniarki i położne w samoocenie. In *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2007, 3, 4-5.
- [2] SZEWCZUK, W. 1998. *Słownik psychologiczny* Wiedza Powszechna, Warszawa 1998, s. 275.
- [3] ŻYCHOWSKA, R. 2009. Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych oraz w procesie zawodowej In *Wizerunek pielęgniarek i położnych na tle wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim*. Ed. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2009.
- [4] WIDOMSKA-CZEKAJSKA, T., GÓRAJEK-JÓŻWIK, J. 1996. *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. PZWL, Warszawa 1996.
- [5] CIPORA, E. 2009. Polskie pielęgniarstwo zawodowe – przeszłość i teraźniejszość. In *Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie*. Ed. N. Gozdek, Werset Lublin 2009, s. 42-52.
- [6] FORMAŃSKI, J. 2000. *Psychologia*, PZWL, Warszawa.
- [7] LENARTOWICZ H.: Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarstwa. In *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Ed. K. Zahradniczek, PZWL, Warszawa 1996, s. 66-84.
- [8] <http://www.takdlazdrowia.pl> [cit. 01.03.2012.].
- [9] <http://www.kluczdokariery.pl> [cit. 10.01.2012.].
- [10] BINKOWSKA-BURY, M., MARĆ, M., BORATYN-DUBIEL, L. 2006, Poczucie koherencji a motywy wyboru zawodu pielęgniarki i położnej. In. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. Rzeszów, 2006, nr 1, s. 34-40.

Contact address

Krzysztof Jakubowski
PWSZ im. J. Grodka w Sanoku
ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok, Poland
E-mail: ofja@wp.pl

DYNAMIKA PROŽÍVÁNÍ FRUSTRACE U PACIENTŮ A ZPŮSOBY NEGACE MOŽNÝCH NÁSLEDKŮ

Otto Čačka

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra cestovního ruchu

Abstrakt

Potřeby a hodnoty jako východiska motivace, dynamika prožívání jejich frustrace u pacientů, typy maladaptace a možné terapeutické postupy.

Klíčová slova

Potřeby, hodnoty, motivace, frustrace, tenze, maladaptace, relaxace, terapie.

DYNAMICS OF FRUSTRATION EXPERIENCING OF PATIENTS AND WAYS OF POSSIBLE CONSEQUENCES NEGATION

Abstract

The needs and values as a scope of motivation, the dynamics of experience of their frustration for patients, maladaptation types and possible therapeutic procedures.

Key words

Needs, values, motivation, frustration, tension, maladaptation, relaxation, therapy.

Jako je dobré podívat se občas na děj pohádky nejen očima chrabrého rytíře, ale i přemoženého draka, pokusme se proto nyní podívat se na pobyt v nemocnici očima pacientů. Psychologické nahlédnutí do jejich prožívání nám více přiblíží nejen jejich duševní dění, ale může nám tak přispět i k hlubšímu porozumění a tím i schopnosti jim účinněji pomáhat.

Být pacientem v nemocnici je totiž už samo o sobě dosti frustrující zážitkem. Již Herakleitos věděl, že „člověk v nemocnici není týž, jakým byl před přijetím“. K oslabení nervové soustavy danou nemocí přistupuje i zcela nové prostředí, jiný režim dne, spojený s nespornou ztrátou svobody i soukromí.

Člověk, který dříve vykonával svou práci, pohyboval se, jednal, bavil se i nudil způsobem, na který byl po léta zvyklý a který vyplýval z nesrovnatelně větší volnosti, je zde náhle nucen radikálně změnit své zvyky a podřídit se omezením vyplývajícím z řádu daného zařízení.

Přirozené aktivity pacienta jsou zde výrazně utlumeny. Žije ve vztahu závislosti a podřízenosti zdravotníkům, která není vzdálená situaci dítěte vůči rodičům či učitelům. Zde pramení i nejrůznější formy rozmrzelosti, vzpoury a protestu vůči dané roli, případně i rozmanité praktiky, jimiž se pacienti snaží ovlivňovat své okolí k dosažení svých přání – např. přeháněním své slabosti servilností, vzdorem, terorizováním jiných pacientů atp.

Také společenské postavení pacienta se novým vztahem podřízenosti mění. Mnozí nelibě nesou, že jsou řazeni mezi „případy“, cítí se sociálně degradováni, např. už tím, že jsou oslovováni pouhým příjmením atp.

Ne vždy se také jedná pouze o dočasný pobyt s určitou reverzibilní chorobou, ale bohužel existuje i řada nemocí či úrazů vyžadujících delší pobyt, jejichž následky mohou být i trvalé s tím, že budou více či méně podstatně měnit další uplatnění či naplňování dosavadních životních cílů a hodnot nemocného. V takové situaci každý zákonitě prodělává psychickou krizi, ve které se nutně potřebuje s novou situací vyrovnat a najít náhradu za svůj dřívější životní program a vytvořit si jiný, který dá osobně přijatelný smysl dalšímu životu s daným handicapem (Míček 1980, Mikšík 1985 aj.).

Člověk se navíc ocitá v nemocnici v těsném společenství s lidmi, které si nevybral a kteří mu nemusí být vždy sympatičtí. Pacient je přesto nucen vykonávat vše společně s nimi a tím ztrácí jakékoliv osobní soukromí - nemůže plně uspokojit své psychické potřeby, vyhradit si pro sebe anebo pro skupinku svých nejbližších určitou chvíli či koutek. Frustrovaná je zde i potřeba těsnějších mezilidských vztahů. Nedostatek vhodné sublimace pak může ústít do neklidu, zvýšené dráždivosti, ale někdy i jiných neadekvátních způsobů odreagování (Syřišťová 1972).

Za těchto okolností je pochopitelně velmi důležitý i způsob chování a kompetence ošetřujícího personálu, které k širšímu naplnění poslání zdravotní sestry překračují pouhou péči o tělo, ale nezbytně zahrnují i vědomosti a dovednosti z psychologie vývojové, osobnosti aj. - protože tento problém je komplexem bio-psycho-sociálních aspektů (Říčan 1973, Nakonečný 1995 aj.)

FRUSTRACE A MALADAPTACE

Velmi důležité je chápat při prožívání frustrace její příčiny, podstatu a dynamiku. Obecně následuje po volbě motivu v procesu rozhodování vlastní rozhodnutí pustit se do činnosti, volní úsilí pak v průběhu realizace spočívá převážně v neustálém boji s nejrůznějšími překážkami.

Frustrace je označení pro aktuální blokování cílesměrného úsilí. Jasně vědomí cíle a prostředků k jeho dosažení je ale jen jednou ze dvou složek motivu, jeho druhou součástí je energetizující stránka. Tu představuje dávka energie, kterou je člověk ochoten investovat k dosažení toho-kterého cíle, ta je na počátku pouze latentní, aktivizuje se až v okamžiku křížení úsilí.

Obvyklou příčinou frustrace je blokování nejrůznějších potřeb subjektu. Vedle osmi základních biologických potřeb (zajišťujících somatickou kondici) disponuje člověk také základními psychickými potřebami, jejichž nenaplnění ohrožuje duševní rovnováhu a stojí v pozadí řady nepřizpůsobených projevů (maladaptací). Psychickými potřebami jsou například potřeba informací a orientovanosti v situaci, potřeba těsnějších sociálních vazeb jako je přátelství a láska, stejně tak potřeba být prospěšný, která posiluje i míru sebedůvěry. Často bývají právě tyto základní psychické potřeby u pacientů v nemocnici dosti omezované. K tomu se přidává i obtížné naplňování nejrůznějších individuálních aktivit, zájmů, životních hodnot, včetně realizace osobně významného životního poslání. Tohle všechno představuje

pohnutky, které bývají za normálních okolností podstatnou náplní aktivního vztahu jedince ke světu.

Pokud nastalá frustrační situace neumožňuje konstruktivní řešení, dochází k aktivaci vnitřní tenze, která má pomáhat v boji s překážkou. Pokud však překážku nelze zvládnout, pak se vyvolané a nevyužité napětí přidružuje k tenzím z předchozích nedořešených frustrací. Člověk je schopen tuto nepříjemnou sumu duševního napětí ovládat jen do doby, dokud jeho dávka nepřekročí individuální míru frustrační tolerance.

Hladina frustrační tolerance je různá jak mezi jedinci, tak se zákonitě mění i v průběhu života. Významným faktorem snížení odolnosti vůči nepříznivým okolnostem je právě oslabení organismu nemocí. Běžně odolný člověk je v nemocnici mnohem citlivější, lehce se dojme atp. Míru odolnosti určuje zvláště temperament, typ výchovy (snižuje ji výchova rozmazlující i autoritativní), věk (existují citlivá životní období - zvláště dospívání a stáří), ale i inteligence a dosažená kultivovanost jedince.

Tenze je vždy zažívána nelibě a vyvolává tendenci k redukci (snížení) či ventilaci (uvolnění) a stává se tak pohnutkou svého druhu. Vznikajícím projevům pak říkáme maladaptace (nepřízpusobené jednání).

Dílčí egoobránné reakce jsou např. snaha o kompenzaci (náhradu) frustrované potřeby, ale i regrese (návrat zpět) k již překonaným formám projevu, svalování viny na druhé, snaha o snížení hodnoty nedosahovaných cílů tzv. racionalizací (falešným postojem) typu kyselé hrozny či sladké citrony atp. Obecněji jde o reakce extrapunitivní (agrese zaměřená vůči okolí), intropunitivní (chápaní sebe sama jako příčiny frustrace), či impunitivní (nereagování spojené s odmítáním uznání frustrace).

Maladaptace (nepřízpusobené jednání) je vymezována jako společensky méně žádoucí projev, představuje však často ustálený komplex nepřiměřených egoobránných reakcí od nejpasivnějších až po nejaktivnější formy:

- Krajně pasivní snaha o vyhýbání se jakémukoliv narušení duševní rovnováhy je odvracení se od problému až únik do fantazie, popř. k alkoholizmu i narkomanii;
- další nepřilíš aktivní reakce spočívá v dožadování se uznání navzdory reálné pasivitě;
- uprostřed této pomyslné škály pak stojí sebeidealizace tj snaha obrnit se proti výtkám krunýřem neadekvátně pozitivních představ o sobě;
- poněkud vyšší energii již vyžaduje úzkostlivá konformita, tj. snaha neupozorňovat na sebe, „nevystřkovat hlavu“ a dělat poslušně vše, co se žádá;
- nejaktivnějším typem maladaptivního reagování bývá tzv. adaptace útokem, která má řadu forem od fyzického napadání, přes stálou soutěživost až po přesunutou agresi aj. (Čačka 2009).

Stres (zátěž, tlak) bývá definován jako míra poškození organismu následkem frustrace (Selye 1966), to nastává v případech takového stupně frustrace, při kterém již neexistuje možnost konstruktivního řešení a jehož důsledky se pak často projevují až v poškození zdraví stresovaného jedince (hypertenze, kolísání krevního tlaku, potíže trávení, postižení funkce

slinivky, žlučníku, až po žaludeční vředy, infarkt atp.). Jedná se o zákonité důsledky dlouhodobého přetížení sympatiku (Křivohlavý 1994).

OSOBNOST PACIENTA

Existují značné rozdíly v přístupu k těžkostem, které bývají multifaktorově podmíněné. Ukazuje se, že vyšší míra autonomie se vyskytuje u lidí, kteří měli již v mládí ustálenou a silnou zájmovou orientaci, která jim dělala radost, byli přátelští a zpravidla si osvojili vlastní účinné postupy pro zvládání těžkostí. S tím souvisí i to, že je měl rád nějaký dospělý, který posiloval jejich sebedůvěru, nebo jim alespoň poskytoval dobrý příklad (Křivohlavý 2001).

Podle J. Rottera (1966) hrají při zvládání frustrace značnou roli i určité povahové rysy. Výhodou je vždy menší závislost na okolí a sebedůvěra spojená s činorodostí, iniciativou a tzv. „chutí jít do boje“, spolu s pocitem svobody, odpovědnosti, kompetentnosti, sociální aktivity aj. Naopak lidé očekávající vždy řešení situace zvnějšku či zásahem shůry, nebo že se situace nějak vyřeší sama, jejichž aktivita tedy nevychází z nich, ale pouze ze situace, vykazují zpravidla i vyšší úmrtnost.

Míra ambic u extravertů bývá výrazněji ovlivňována zkušenostmi z hodnocení jinými, dříve dosaženými pozicemi ve skupinové hierarchii atp. Může u nich však dojít i k jejich náhlé změně podle aktuálně dosažených výsledků. Tyto dílčí úspěchy však mohou být značně zkrslující a vyvolávat neadekvátně nízké, či naopak vysoké sebehodnocení i cíle.

Introverti, kteří naopak vždy vycházejí spíše z vlastních vnitřních nároků na sebe, jsou tak méně ovlivňováni odezvou okolí a bývají ve svém cílovém zaměření a ambicích stabilnější, nedají se snadno odradit od zvolené cesty ani aktuálními neúspěchy. V každém případě je důvěra v dobrý výsledek značnou posilou na cestě k němu (Frankl 1994).

A. Antonovsky (1987) poukazuje také na významnou vlastnost zvanou koherence (smysl pro stabilitu, integritu a soudržnost) osobnosti, která zpravidla koresponduje i s dalšími třemi charakteristikami odlišující zdatné jedince od slabých:

1. Orientovanost v situaci (schopnost ji kontrolovat a snažit se řídit její dění - oproti postoji pasivního smolaře).
2. Přesvědčení o smysluplnosti vlastního úsilí (vychází z ustálených priorit hodnotové orientace, neusilují jen o vlastní prospěch, ale jejich snažení zahrnuje i obecně prospěšné a sebezpřekračující cíle, pro které jsou ochotni investovat vlastní energii i čas).
3. Pocit zvládnutelnosti úkolu (chápání těžkých situací jako „výzev k boji“, mají sebedůvěru, pocit přiměřenosti vlastních sil a možností vůči danému úkolu - „jsem si jist, že to zvládnu“). Tito lidé pak také lépe snášejí i zdravotní těžkosti a rychleji se uzdravují.

Míra odolnosti však nemusí být u všech typů somatických obtíží stejná. Vztah typů osobnosti a sklonu k určitým druhům onemocnění zkoumala již řada badatelů (Grossarth-Maticek 1989, Friedman, Rosenman 1974)

A-typy: Lidé s nadměrnou vitalitou, aktivitou a iniciativou, projevující však i vyšší soupeřivost až agresivitu - což se projevuje v jejich stálém časovém stresu, a mj. i úsilí mít

poslední slovo za každou cenu atp. Vykazují zpravidla větší sklon k nejruznějším kardiovaskulárním potížím a onemocněním, včetně infarktů.

B-typy: Člověk tlumící své síly, iniciativu a aktivitu, vykazující pocity bezmoci a beznaděje. Tito lidé mívají sklon k depresím, neurastenii, hypertenzi, poruchám trávení, slinivky, žlučníku, žaludečním vředům atp. Potřebují také výraznější péči a vedení k efektivnějším formám zvládnání. Mají sklon pesimisticky si vysvětlovat, co se s nimi děje. Bývají označováni jako „osobnosti se sklonem k nemocem“ (Tailor 1995).

Vedle toho existuje i typ nezralý, nestabilní a závislý či s výrazně antisociálními charakteristikami. Vyšší míru zdraví však vykazují lidé autonomní, ovládající se, řídící se vlastní vůlí, popř. racionální typy, ovládající své emoce. Takoví lidé jsou schopni přiměřené ventilace napětí a podle Tailora (1995) jde o osobnosti s vyšší mírou zdraví.

DOPORUČENÉ INTERVENCE

Optimální je přijímat i negativní střety mezi subjektem a danými podmínkami jako žádoucí podněty k dalšímu rozvoji duševních sil. „Frustrace je život“ a hodnota člověka spočívá také v tom, jak je schopen přijímat i určitou míru bolesti a trápení. U trpících se proto doporučuje apelovat spíše na odvalu a trpělivost než snižovat význam jejich potíží, popř. nabádat jen k zapomenutí, odpuštění atp. (Syřišťová 1992).

V tomto duchu lze uvést alespoň některé postupy, kterými mohou samy sestry pomoci pacientům ke zdolávání jejich potíží, a které mají téměř terapeutický charakter. Je to například:

- „Kladné a záporné posilování“ spočívá v nevěnování pozornosti neustále se opakujícím projevům naříkání pacienta nad neutuchající bolestí. A naopak chválení všech projevů, kterými se sám pacient pokouší nemoc zvládat. Takovéto posilování může poskytovat i sestra.
- „Kognitivní ovlivňování“ vychází z prokázané hypotézy o výrazném vlivu představ, myšlenek, osobních norem, domněnek a přesvědčení na pocíťované problémy. Může jít např. o posilování představy o vlastní schopnosti tu či onu těžkost zvládnout. Tomuto kognitivnímu ovlivňování by měla předcházet identifikace nevhodných představ pacienta vůči svému stavu a nahradit je vhodnějšími a správnějšími. Cílem je dosáhnout, aby si je vzal za své a opakoval si je ve své vnitřní řeči. Efekt tohoto postupu lze posílit i návykem vnitřní sebepochvaly za dosažený žádoucí postoj. Posiluje se tím přesvědčení daného člověka, že dokáže danou situaci zvládnout, že na to má potřebné zdroje sil, včetně schopností a dovedností. Jde o posilování sebedůvěry v osobní zdatnost. Stejně jako je psychika ovlivňována fyzickou stránkou člověka, tak i naopak se sebedůvěrou zanikají i schopnosti. Bandura (1986) vycházel z pokusů s účinky placebo a zjistil, že při nich dochází i k fyziologickému uvolňování endorfinu. Bylo prokázáno, že i třetina bolestí je placebem pozitivně ovlivněna. Kognitivní ovlivňování působí v podstatě analogicky.
- „Psychogenní očkování“ proti stresu a bolesti s cílem osvojení nových způsobů zvládnání fyzické zátěže má čtyři fáze.

V první fázi jde o dosažení přesvědčení, že každá nemoc či bolest má i svůj psychický aspekt přispívající k oslabení či naopak posílení odolnosti.

V druhé fázi pak probíhá např. nácvik relaxace, ovládnání dechu, imaginativní sebeovlivňování atp.

Následuje tzv. generální zkouška, spočívající v procvičování osvojené techniky a její pozvolné propojování se zažívanou bolestí atp.

V poslední fázi již pacient sám aplikuje bezprostředně nacvičenou relaxaci, změnu postoje atp., aby s jejich pomocí oslaboval působení frustrujícího faktoru.

Tento postup mohou používat sestry nejen u pacientů v nemocnicích, ale také v domovech důchodců atp. Efektivita této metody byla prokázána jak u tlumení bolestí v kříži, v oblasti lopatek a krční partii aj., tak při snižování stresu u starších lidí. Doporučuje se kombinování kognitivního ovlivňování a relaxace (Bruo – Mykletrun – Berge – Svebak (1994).

- „Ventilace emocí“ vychází z pokusů, kterými bylo prokázáno, že pocity napětí a bolesti v obtížných životních situacích lze pozitivně ovlivnit tzv. ventilací emocí, např. vypovídáním svých potíží, jejich pojmenováním, nebo i písemným vyjádřením. Takovéto „zveřejnění“ traumatizujících zážitků prokazatelně snižuje jejich negativní dopad na posttraumatické tělesné příznaky (Pennebaker – Colder – Sharp 1990). Je to důsledek dosažení „katarze“, tj. psychického očištění od stresujících zážitků. Bylo experimentálně prokázáno, že lidé v rozmezí 22-70 let vykazovali pozitivnější příznaky zdravotního stavu, když měli možnost o svých těžkostech s někým hovořit. Pozitivně při tom působí i snížení obav, strachu či míry nazlobenosti.
- Předejít nejrůznějším maladaptacím lze také plánovitě-rationálním hledáním konstruktivního řešení, anebo odhalováním pozitivních stránek nastalé situace (Folkman – Lazarus – Dunkel-Schetter – DeLongis – Gruen 1986). Tato metoda spočívá ve vypsání pacientem seznamu všeho, co mu působí starost. Pak ze seznamu vyškrtá vše, co nemůže nijak ovlivnit (například operace je v zájmu jeho zdraví a on ji nemůže nijak ovlivnit tím, jestli si s ní bude dělat starosti či nikoliv). U zbytku starostí, u kterých uznal, že na ně má vliv, pak vytvoří nové pořadí podle naléhavosti. Pak vypracuje na každou z nich plán, jak ji bude řešit. Poslední fází je vytvoření časové přímky a plánovitá realizace postupných kroků.
- Senzomotorický akcionismus a další směry prokázaly, že vnější výraz úzce souvisí s vnitřním naladěním. A doporučují zachovávat raději úsměv než zamračenou tvář. James uvádí, že chce-li být člověk šťastný, měl by se tak i chovat (Míček 1980).
- Rozvoj návyků a postupů napomáhajících zvládnání stresu zahrnuje například aktivní využívání volného času (sportovní aj. zájmovou činností), pravidelné sebereflexe (včetně „uzavírání smluv se sebou“, sebeodměňování aj.), výcvik asertivity, relaxace (zbavuje nezdělané bolesti hlavy, úzkosti, hypertenze aj.), meditace (mírní většinou úzkost a deprese). Možno uplatnit i biofeedback k ovlivňování vlastní fyziologické činnosti (při sledování záznamů GKO, EEG, EMG aj.), promítání si v hlavě uklidňujících scénérií (člověk sotva zvládne při tom paralelně myslet i na své těžkosti), vytváření adekvátnějšího hodnotového

vědomí, udržování sociálních opor, formování životních projektů, volbu cílů sebezvoje aj. (Křivohlavý 2002).

- Architekt Karel Honzík, Karel Čapek a jiní poukazují i na významný vliv věcí kolem nás. Předměty, které denně bereme do rukou, obrazy, které máme na stěnách, nábytek, celkové rozložení předmětů v prostoru atp., to vše tvoří součást i našeho duševního života. Jsou to vlivy často neuvědomělé, avšak přesto osobně závažné. Mluvíme o působení věcného prostředí. Ne všude se projevuje snaha upravovat institucionalizované prostředí tak, aby mělo alespoň částečnou kvalitu kulturních možností bydlení – nemluvě o potřebách osobité úpravy vlastního životního prostředí na jaké byl pacient zvyklý z domova.
- Arteterapie (či dříve užívaný výraz „kulturní terapie“) je dalším z řady oborů, jejichž snahou je poskytnout alespoň částečnou obranu vůči mnoha hospitalizačním faktorům dané situace a opírá se o obracení ke kultuře a umění. Každá cesta vedoucí k normalizaci životního prostředí, prožívání i chování, která přiblíží život pacientů životu „lidí tam venku“ je důležitá. Nesmíme proto vynechat žádnou příležitost, která by napomohla navrátit duševní život pacientů ke standardu duševního dění v normální životní situaci (Campbellová 1998).

Dnes je arteterapií označován komplex snah o léčebné využití umění. Těžiště arteterapie zůstává ve využívání dynamiky nejen uměleckého zážitku („Umělec sám vkládá vlastní prožívané poselství do svého díla, toto se tím stává nakažlivým a sděluje, co umělec cítil každému, kdo s dílem přichází do styku“ Read, 1967), ale především dopadu výtvarné aj. tvořivosti samotných pacientů na duševno a sebezažívání pacientů - „Umělecké dílo je nástroj i zdroj inspirace, umožňující divákovi upravovat si pod jeho vlivem vlastní „vnitřní model nahlížení reality“, slouží pak nejen k psychodiagnostice, ale je i významným činitelem psychoterapie (Šicková-Fabrice 2002, Rubinová 2008).

Smyslem umění není postihování nějakých „objektivních principů“ reality, ale spíše zachytit jejich „subjektivní význam a smysl“ pro jedince. Umění je pro člověka jednou z významných složek organického procesu osobního vyrovnávání se s realitou a principy jeho dopadu platí naprosto obecně v jakémkoliv prostředí a zpětně se podílí na „hominizaci“ (polidšťování) člověka. Vedení k výtvarnému sebevyjádření tak přispívá k hlubšímu porozumění umění i sobě samému a stává se postupně trvalejší součástí duševního života jedince. Na otázku: „Co má člověk z umění“ odpověděl již Karel Čapek: „Větší šíři a větší bohatost života“ (Viewegh 1986).

Pacienti jsou lidé, kteří vyžadují pomoc - proto by mělo být základním požadavkem na všechny, kteří s nimi přicházejí do styku, aby se „jimi zabývali“. V žádném případě se nelze omezit na pouhé „práškování, píchání injekcí, šokování, hlídání“, či jiné neosobní úkony. Pomoc spočívá především v celkovém postoji personálu s uvědomělou snahou umožnit naplnění potřeby subjektivity - např. tvůrčím projevem pacientova nitra, včetně přiměřené estetizace životních podmínek, optimalizace mezilidských vztahů atp. Často praktikovaný odstup, nadřazování a nezáměr k tomu rozhodně nijak nenapomáhá.

CITOVANÁ LITERATURA

- [1] ANTONOVSKY, A. 1987. *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass 1987.
- [2] BANDURA, A. 1986. *Social Foundations of Thought and Action. A social Cognitive Theory*. New York: Prentice-Hall, Engelwood Cliffs, 1986
- [3] BOUCHAL, M. 1993 *Psychologie v lékařství*. Brno: MU, 1996
- [4] BRUO, E.,- MYKLETRUN, R. J., BERGE, W. T., - SVEBAK, S. 1994 *Effects of different psychological interventions on neck, shoulder and low-back pain in female hospital staff*. In: *Psychology and Health*. 1994, 9, 371-382
- [5] ČAČKA, O. 2009 *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 3. Vydání, Brno: Doplněk, 2009. 382 s. ISBN 80-7239-107-0
- [6] CAMPBELLOVÁ, J. 1998. *Techniky arteterapie*. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-428-1
- [7] DOLINSKY, G. 1996 *Vychova dětí a mládeže ke zdravému způsobu života*. Brno: PedF MU, 1996
- [8] FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S., DUNKEL-SCHETTER, C., DeLONGIS, A., GRUEN, R. J. *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. *Journal of personality and Social Psychology*. 50, 1986, 992-1003.
- [9] FRANKL, V. E. 1994 *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, ISBN 80-85319-63-2, 1994
- [10] FRIEDMAN, S. – ROSENMAN, R. H. 1974 *Type-A behavior and Your Heart*. New York: Knopf, 1974
- [11] GROSSARTH-MATICEK, R. 1989 *Disposition, Exposition. Verhaltensmuster, Organverschädigung und Stimulierung des zentralen Nervensystems in der Etiologie der Bronchial-, Magen-, Leber-Carcinom*. In: *Zeitschrift fuer Onkologie*. 1989, 21, 62-78.
- [12] KEBZA, V. 1997 *Zvládání stresu*. Praha: SZÚ, 1997
- [13] KŘIVOHLAVÝ, J. 1994 *Jak zvládat stres*. Praha: Grada-Avicenum, 1994
- [14] KŘIVOHLAVÝ, J. 2001 *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001
- [15] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002 *Psychologie nemoci*. Praha: Portál 2002
- [16] MÍČEK, L.: *Autoregulační a sociální aspekty duševního zdraví*. Praha: SPN, 1980
- [17] MIKŠÍK, O.: *Psychická integrace osobnosti*. Praha: SPN, 1985
- [18] NAKONEČNÝ, M.: *Psychologie osobnosti*. Praha: Portál, 1995
- [19] PENNEBAKER – COLDER – SHARP 1990
- [20] READ, H. 1967, *Výchova uměním*. Praha: Odeon, 1967
- [21] ROTTER, J. 1966 *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological monographs*, 1966, NY, 80, 609
- [22] RUBINOVÁ, J. A. 2008 *Přístupy v arteterapii*. Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-093-6
- [23] ŘÍČAN, P. 1973 *Psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1973

- [24] ŘÍČAN, P. 1989 *Cesta životem*. Praha: SPN, 1989
- [25] Selye, H. 1966 *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1966
- [26] SYŘIŠŤOVÁ, E. 1972 *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972
- [27] SYŘIŠŤOVÁ, E. 1992 *Člověk v kritických životních situacích*. Praha: Karolinum, 1992
- [28] ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002 *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7367-408
- [29] TAILOR, S.E. 1995 *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International, 1995,
- [30] VIEWEGH, J. 1986 *Fantazie*. Praha: Academia, 1986

Kontaktní údaje

Doc. PhDr. Otto Čačka

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra cestovního ruchu

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

e-mail: cacka@vspj.cz

tel.: 777 130 143

ÚLOHA VYSOKOŠKOLSKY VZDĚLANÝCH NELÉKAŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ NA ONKOLOGICKÉM PRACOVÍŠTI

Kateřina Čermáková, Marie Holubová, Eva Valentová

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Radioterapeutické centrum
Multiscan s.r.o., Pardubice

Abstrakt

První část příspěvku popisuje systém péče o onkologicky nemocné v Pardubickém kraji, zachycuje práci nelékařských zdravotnických pracovníků v tomto zařízení na jednotlivých pracovištích a zdůrazňuje spolupráci mezi Komplexním onkologickým centrem a Univerzitou Pardubice, Fakultou zdravotnických studií.

Druhá část příspěvku charakterizuje navazující magisterský studijní program Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech se zaměřením na onkologii.

Klíčová slova

Onkologie, radioterapie, chemoterapie, nelékařský zdravotnický pracovník, vzdělávání, student.

Úvod

Výskyt nádorového onemocnění výrazně stoupá nejen v Pardubickém kraji, ale i celé České republice. Léčbu tohoto zákeřného onemocnění zajišťuje v Pardubickém kraji Pardubická krajská nemocnice a.s. (dále jen PKN) ve spolupráci se společností Multiscan s.r.o. Tato zdravotnická zařízení společně vytvářejí Komplexní onkologické centrum (dále jen KOC), které garantuje vysoce specializovanou lékařskou i ošetřovatelskou péči. Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice si uvědomuje nutnost přípravy vysokoškolsky vzdělaných nelékařských pracovníků a to jak ve studijních programech bakalářských (Všeobecná sestra, Radiologický asistent), tak navazujících magisterských (Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech se zaměřením na onkologii). Spolupráce mezi těmito třemi subjekty je pro kvalitu ošetřovatelské péče a přípravu budoucích zdravotníků klíčová.

Vlastní text

Multiscan, Radiologické centrum Pardubice je soukromé ambulantní zařízení společnosti Multiscan s.r.o., sídlící v areálu Pardubické krajské nemocnice od roku 2002.

Ambulance společnosti Multiscan s.r.o.

1) *Ambulance konziliární* poskytuje konziliární služby pro ambulantní specialisty a jednotlivá oddělení PKN. V této ambulanci dochází ve většině případů k prvnímu kontaktu pacienta s onkologickým pracovištěm. Sem je pacient odeslán od lékaře specialisty. Zde jsou s ním prokonzultované možnosti terapie a pacient je odeslán na další pracoviště, popř. je objednan

k hospitalizaci. Sestra pracující v této ambulanci musí být empatická, citlivá a komunikačně zdatná. Práci si musí zorganizovat tak, aby na pacienta při první návštěvě byl dostatek času. Znalosti klinické a radiační onkologie jsou důležité.

2) *Ambulance radioterapeutická* slouží pacientům, kteří podstupují léčbu zářením, či jsou těsně po jejím dokončení. Sestra zde organizuje pravidelné radioterapeutické vizity, kam dochází skupiny ozařovaných pacientů, zajišťuje další nutná vyšetření, provádí odběry krve na krevní obraz, tumorové a zánětlivé markery a sleduje jeho hodnoty. Pokud jsou hodnoty pod fyziologickou normou, hlásí tento stav lékaři, spolupracuje s dalšími pracovišti KOC, případně PKN. Sestra pracující na této ambulanci musí být organizačně zdatná, komunikativní, citlivá k potřebám pacienta, empatická a pohotová. Znalosti klinické a radiační onkologie jsou nezbytné.

3) *Ambulance chemoterapeutická* je součástí ambulancí KOC Multiscan a.s.. Klinická onkologie v rámci společnosti Multiscan s.r.o. je provozována v Pardubickém kraji také na detašovaných pracovištích resp. ambulancích klinické onkologie v Chrudimi, Svitavách a Ústí nad Orlicí. Do této ambulance dochází pacienti k těmto výkonům: chemoterapie, biologická terapie, hormonální terapie, hemosubstituce, hemoterapie, infuzní terapie, břišní punkce, léčba bolesti a paliativní léčba.

Spektrum prováděných výkonů je velmi široké, což klade i vysoké nároky při výběru sestry, která kromě všech výše uvedených znalostí musí být velmi zručná. Žilní systém onkologicky nemocných pacientů jsou vlivem náročné a agresivní léčby často zkolabovány a kanylace periferní žíly je přesto nutná. Sestra musí ovládat kanylaci žilního portu, péči o PICC (periferní intravenózní centrální katétr). Dále musí ovládat KPCR, neboť řada léků určených k léčbě nádorových onemocnění má velmi závažné nežádoucí účinky, což může vést k rozvoji alergických reakcí až anafylaktického šoku.

V neposlední řadě bych zmínila, že sestry v této ambulanci musí mít schopnosti a předpoklady práce s terminálně nemocnými a jejich rodinou. Paliativní péče je velmi důležitou součástí práce s onkologicky nemocnými, jejichž onemocnění nereaguje na možnosti dostupné kauzální léčby.

4) *Ambulance dispenzární* slouží pro dlouhodobé sledování pacientů po onkologické léčbě. Práce zde je především administrativní. Sestra sleduje výsledky pravidelných odběrů krve a event. přístrojových vyšetření naordinovaných lékařem. Je nutné zmínit významnou edukační roli sestry pracující na dispenzární ambulanci. Společně s lékařem plní důležitou úlohu v prevenci případné recidivy onkologického onemocnění.

Radioterapie, Multiscan s.r.o.

Radioterapie je po chirurgické léčbě druhou nejúčinnější metodou v léčbě zhoubných novotvarů. Efektivita této metody byla poprvé popsána již na konci minulého století. Radioterapii, můžeme rozdělit na externí a interní. Před jakýmkoliv typem ozařování musí být provedena tzv. CT simulace pomocí počítačového tomografu Somatom Definition AS, firmy Siemens AG, který je využíván především v radiační onkologii k tvorbě plánu

léčebného ozařování. Jde o moderní počítačový tomograf se širokým zobrazovacím polem, nezbytným pro radiační onkologii. (Novotný a kol., 2005)

Externí radioterapii provádíme na oddělení radioterapie pomocí dvou lineárních urychlovačů s nejmodernější technologií pro léčbu technikou IMRT (technika radioterapie s modulovanou intenzitou, je šetrná k okolním orgánům). Interní radioterapie je ozařování v místě nádoru či jeho blízkém okolí.

Na tomto typu pracoviště se z nelékařských pracovníků setkáváme především s radiologickými asistenty. Priorita jejich práce je obsluha radiodiagnostických a radioterapeutických přístrojů. Čili je zde důležitá jejich technická zdatnost, znalosti v oblasti radiační onkologie a radiodiagnostiky. Přestože pracují především s přístroji, je nutné si uvědomit, že za přístrojem stojí, leží nebo sedí člověk a tak určitá dávka empatie a citlivá komunikace s pacientem je naprosto nezbytná.

Lůžkové oddělení radiační onkologie, Pardubická krajská nemocnice a.s.

V roce 2010 byla otevřena dvě nová lůžková oddělení s kapacitou 47 lůžek. Spektrum hospitalizovaných pacientů je široké. Největší procento tvoří pacienti, kteří jsou přijímáni na ozařování a z nejrůznějších důvodů nemohou na ozařování docházet z domácího prostředí. Další skupinu hospitalizovaných pacientů tvoří pacienti přijati k první aplikaci chemoterapie, biologické léčby, či k chemoterapii kontinuální, nebo několikadenní. Někteří pacienti na oddělení jsou přijímáni ke konkomitantní léčbě, což je kombinace radioterapie a chemoterapie. (Holubec, L. a kol., 2011) Hospitalizováni jsou také pacienti, u kterých došlo vlivem onkologické léčby k závažným, život ohrožujícím komplikacím (např. alergické reakce, leukopenie, trombocytopenie aj.) a pacienti v terminálním stádiu onkologického onemocnění.

Požadavky na výběr sestry jsou vysoké. Sestra musí mít základní znalosti klinické a radiační onkologie, které je povinna si stále doplňovat a rozšiřovat. Znalosti v oboru ošetrovatelské péče jsou rovněž velmi důležité. Sestra by měla být zručná, organizačně zdatná, schopná práce v týmu, citlivá, empatická, schopná komunikace kolegy, onkologickými nemocnými i jeho rodinou. Obě onkologická oddělení si zakládají na přátelských vztazích mezi personálem, což vnášejí velmi dobrou atmosféru mezi pacienty.

Příprava vysokoškolsky vzdělaných nelékařských pracovníků pro práci na onkologickém pracovišti

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice připravuje vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky v několika bakalářských a navazujících magisterských oborech. Po státní závěrečné zkoušce mohou na onkologické pracoviště nastoupit absolventi bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra a Radiologický asistent a navazujících magisterských oborů Ošetrovatelství, Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech.

V tomto příspěvku bychom se rády zmínily o navazujícím magisterském programu Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech se zaměřením na onkologii. Jedná se o dvouletý studijní program, který navazuje na ukončený bakalářský studijní program

Všeobecná sestra. Po splnění všech studijních podmínek, získá student akademický titul Magistr ve zkratce Mgr.

Po dobu dvou let si student rozšiřuje znalosti v předmětech zaměřených na Ošetřovatelství, jako je např. Výzkum v ošetřovatelství, Edukace v ošetřovatelství, Současnost, perspektivy a historie ošetřovatelství, Etické a psychologické aspekty ošetřovatelství, Multikulturní ošetřovatelství atd.. Další oblastí vzdělávání jsou předměty zaměřené na výuku klinických předmětů, jako je např. Farmakologie a racionální farmakoterapie, Klinická výživa, Ošetřovatelská péče o nemocné se stomiemi, Preventivní medicína a dispenzarizace, Specifická ošetřovatelská péče o pacienty na oddělení lékařské genetiky a Vybrané kapitoly z psychiatrie. Studenti především nabývají vědomostí a zkušeností v oboru klinická onkologie, radiační onkologie, paliativní ošetřovatelství v předmětech Paliativní péče v onkologii, Hospicová péče u nás a ve světě, Symptomy terminální fáze nemoci, Specifická ošetřovatelská péče u pacientů s transplantací kostní dřeně, Supervize v paliativní a terminální péči, Život, umírání a smrt ve světových náboženstvích, Krizová podpora pro pacienta, rodinu a personál) a v dalších psychologických a zdravotnických předmětech.

Teoretická výuka probíhá ve formě přednášek a cvičení. Cvičení je možné zefektivnit výukou v našich kvalitně vybavených inovovaných odborných laboratořích, kde mají studenti možnost si zdokonalit nácvik péče o onkologicky nemocného pacienta s využitím moderní techniky používané na onkologických pracovištích. Studenti mají příležitost si nacvičit odběry krve na simulátoru paže s kolabujícími cévami, práci s inzulinovou pumpou, cévkování na zdokonaleném simulátoru, zavádění nazogastrické sondy včetně napojení na enterální pumpu. Z hlediska léčby bolesti se studenti mohou zdokonalit v ovládání injekčních a lineárních dávkovačů u pacientů s řízenou analgezií (PCA pumpy), učí se správné technice aplikace opiátových náplastí. Také mají možnost nácviku manipulace s jednorázovými infuzory sloužícími pro aplikaci chemoterapie (Baxter), odběru arteriální krve, zavedení a následné ošetření intravenózního portu a ošetření maligních ran (Taliánová, M.; Holubová, M. 2012).

Odborná praxe tvoří důležitou součást výuky. V letním semestru 1. ročníku mají studenti splnit v rámci předmětu Odborná praxe I. 160 hodin na vybraném klinickém pracovišti. 80 hodin praxe si studenti plní v Hospici. Naše fakulta spolupracuje s Hospicem v Litoměřicích. Tuto spolupráci hodnotíme jako velmi zdařilou pro obě strany. V závěru praxe v Hospici probíhá supervize se studenty. Dané zařízení navštíví psycholog, který provede supervizi s každým studentem i celou skupinou studentů současně. Tato praxe je završena tzv. Kazuistickými dny. Jedná se o inaktivní, ne zcela běžnou formu výuky, kde každý student prezentuje jednu kazuistiku s ošetřovatelským procesem u terminálně nemocného pacienta. Pracovní skupina, před kterou student kazuistiku prezentuje je tvořena psychologem, duchovním, onkologickým lékařem a sestrou, sociálním pracovníkem a ročníkovou učitelkou. Po každé prezentaci následuje diskuze mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu a samotnými studenty.

Dalších 80 hodin praxe plní studenti v Komplexním onkologickém centru. Mají možnost pracovat na lůžkovém onkologickém oddělení, chemoterapeutické, radioterapeutické a dispenzární onkologické ambulanci.

Na konci letního semestru 1. ročníku mají studenti odbornou praxi individuální, kde si musí splnit 80 hod praxe, která slouží pro sběr klinických dat k vypracování diplomové práce. V letním semestru 2. ročníku v rámci předmětu Odborná praxe II. si studenti plní 200 hodin praxe na klinických pracovištích vlastního výběru.

Završením studia je státní závěrečná zkouška, která se skládá z obhajoby diplomové práce a z těchto předmětů: Klinická onkologie, Ošetřovatelství v paliativní péči a Ošetřovatelství.

Závěr

Výskyt nádorových onemocnění stoupá nejen v České republice, ale celosvětově. Jedná se o druhou nejčastější příčinu úmrtí v České republice. Možnosti diagnostiky, léčby a prevence karcinomů se vlivem popsané situace zvyšují, což klade vysoké nároky při výběru pracovníků, kteří se budou o tyto pacienty starat. Cílem Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice je připravit vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky s bohatým teoretickým a praktickým potenciálem pro práci s onkologicky nemocnými.

Literatura

- [1] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. 1. Vyd. Praha: UZISČR, 2011. ISBN 978-80-7280-966-0.
- [2] Taliánová, M; Holubová, M. Výuka onkologie a chirurgie na FZS Univerzity Pardubice. *Sestra*. 2012, roč. 22, č.1, s.20 ISSN 1210-0404.
- [3] Novotný, J.; Vítek, P.; Petruželka, L. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-736-4.
- [4] Holubec, L.; Svoboda, T.; Fínek, J. *Konkomitantní terapie nádorů rekta*. Onkologie. Bratislava : Solen s.r.o. 5/2011. 284 s. ISSN 1802-4475.

Kontaktní údaje

PhDr. Kateřina Čermáková, Mgr. Marie Holubová
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395, Pardubice 532 10

STUDENTI STUDIJNÍHO OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA NA VŠPJ A ETICKÝ KODEX

Martina Černá

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Abstrakt

Tento příspěvek je věnován problematice etického kodexu ve vzdělávání všeobecných sester na VŠPJ. Příspěvek stručně shrnuje, jakým způsobem je etický kodex zastoupen v RVP pro obor zdravotnický asistent na středních školách. V příspěvku je dále poukázáno na to, jak obsah volitelných předmětů veřejné vystupování a interaktivní komunikace vyučovaný na VŠPJ koresponduje s Etickým kodexem zdravotních sester, který zpracovala Mezinárodní rada sester. Součástí příspěvku je vyhodnocení ankety realizované mezi studenty studijního oboru všeobecná sestra na VSPJ na téma Etický kodex.

Klíčová slova

Etický kodex, všeobecná sestra, anketa

STUDENTS OF STUDY FIELD GENERAL NURSE AT COLLEGE OF POLYTECHNICS JIHLAVA AND ETHICS CODE

Abstract

This contribution is about ethics code in the education of students of General Nurse at College of Polytechnics Jihlava. This contribution summarizes the position of ethics code in education framework plans for sanitarians at secondary schools. There is described the correlation between the content of facultative subjects public performing and interactive communication at College of Polytechnics Jihlava and ethics code in this contribution. This ethics code was written by International Council of Nurses. One part of this contribution is the evaluation of the enquiry among students of study field General Nurse at College of Polytechnics Jihlava. The topic of the enquiry is ethics code.

Key words

Ethics code, General Nurse, enquiry

Etický kodex

Etický kodex je dokument, který upravuje obecná i konkrétní pravidla práce v jednotlivých organizacích, firmách, společnostech, spolcích, zájmových sdruženích a profesích. Dodržování zásad uvedených v tomto dokumentu je v některých organizacích, firmách či sdruženích povinné, porušení může být tedy trestáno např. finanční pokutou, odebráním určitých výhod nebo dokonce ukončením členství či pracovního poměru, v jiných pouze doporučené. Pravidla sepsaná v etickém kodexu vychází z principů, hodnot, zásad, aktivit

a cílů dané organizace a jejich členů a upravují standard profesionálního jednání. Podpisem etického kodexu se daný subjekt nebo jednotlivec zavazují k jeho dodržování, což vede z dlouhodobého hlediska k zlepšování vnitřního i vnějšího prostředí a pracovních vztahů.

Existence etického kodexu je důležitá především z těchto důvodů:

- Kodex vymezuje hranice žádoucího chování pro pracovníky firmy či členy asociace.
- Jednoznačně vymezené zásady podporují manažerské řízení a usnadňují rozhodování zaměstnanců, především v nestandardních situacích.
- Kodex se za určitých okolností může stát kritériem pro posuzování a porovnávání daných subjektů.
- Deklarovaný závazek vyjádřený kodexem zvyšuje důvěryhodnost organizace. Konečným efektem je zkvalitňování interní komunikace, kvality vztahů se zákazníky, obchodními partnery, nejrůznějšími zájmovými skupinami apod.

Svůj etický kodex mají např. lékaři, novináři, policisté, hospodářská komora, psychiatři, farmaceutičtí pracovníci, jednotlivé školy různých typů (také VŠPJ) a mnohé další profese, subjekty a organizace, proto ani zdravotní sestry nemohou být výjimkou. Celé znění kodexu zdravotních sester, který vypracovala Mezinárodní rada sester, je k dispozici na webových stránkách http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.

Etický kodex ve výuce na střední škole

Výuka na středních školách všech typů vychází z Rámcových vzdělávacích programů. Na webových stránkách <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf> je k dispozici kompletní Rámcový vzdělávací plán pro zdravotnického asistenta. Dle platné klasifikace spadá tento obor do kategorie M, L. S etickým kodexem souvisí především následující kompetence, které žáci získají již na střední škole:

Občanské kompetence a kulturní podvědomí

- Jednat v souladu s morálními principy a zásadami společenského chování.

Personální a sociální kompetence

- Přijímat a odpovědně plnit svěřené úkoly.
- Přispívat k vytváření vstřícných mezilidských vztahů a k předcházení osobním konfliktům, nepodléhat předsudkům a stereotypům v přístupu k druhým.

Kompetence k pracovnímu uplatnění a podnikatelským aktivitám

- Mít odpovědný postoj k vlastní profesní budoucnosti, a tedy i vzdělávání.
- Uvědomovat si význam celoživotního učení a být připraven přizpůsobovat se měnícím pracovním podmínkám.

Problematice etického kodexu tedy není věnován jeden konkrétní předmět, ale je to důležitá součást výuky předmětů všeobecných i odborných.

Etický kodex ve výuce na VŠPJ

Také ve výuce na vysoké škole má etický kodex své pevné místo. V rámci všeobecných i odborných předmětů jsou studenti s těmito zásady seznamováni a v rámci povinné praxe jsou reálně konfrontováni s nutností jejich dodržování i případnými postihy za jejich opomenutí.

V rámci volitelných předmětů veřejné vystupování a interaktivní komunikace, jejichž hodinová dotace je 2 hodiny cvičení týdně, jsou studenti podrobněji seznamováni s etikou a obecnými zásadami etiky i morálky. V rámci tohoto předmětu se setkávají studenti studijního programu ošetrovatelství se studenty studijního programu ekonomika a management. Různé pohledy na etiku a morálku v oborech v mnohem odlišných jsou velice zajímavé a cenné. Studenti studijního programu ošetrovatelství si v těchto předmětech osvojují a rozšiřují hlavně tyto vědomosti, dovednosti a schopnosti, které odpovídají následující bodům Etického kodexu zdravotních sester, který zpracovala Mezinárodní rada sester:

Článek 1 Sestry a spoluobčan

- Studenti se učí o zvycích, tradicích, hodnotách a způsobech komunikace jednotlivých kultur, což je základ pro jejich respektování.

Článek 2 Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

- Studenti se učí obecná pravidla slušného chování, což by mělo napomoci tomu, aby sestra za všech okolností dodržovala pravidla slušného chování.

Článek 4 Sestry a spolupracovníci

- Velká pozornost je v předmětu veřejné vystupování věnována komunikaci s určitým typem příjemců komunikačních sdělení v různých komunikačních situacích, z čehož se odvíjí mimo jiné způsob oslovení, výběru vhodných jazykových prostředků a jejich stylového zabarvení, řazení argumentů, atd. Tyto vědomosti jsou důležité pro úzkou spolupráci sestry se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Anketa

Mezi studenty studijního programu ošetrovatelství na VŠPJ jsem realizovala anketu na téma Etický kodex.

Vyhodnoceno bylo celkem 122 anketních lístků.

Otázka č. 1

Vysvětlete pojem etický kodex.

119 (97,54 %) studentů správně vysvětlilo pojem etický kodex.

Otázka č. 2

Víte o tom, že existuje etický kodex zdravotních sester?

Pokud jste odpověděli ano, napište vlastními slovy, čeho se etický kodex zdravotních sester týká, co z něho vyplývá.

103 studentů (84,43 %) ví, že existuje etický kodex zdravotních sester a dokáže svými slovy popsat alespoň 1 bod z etického kodexu.

Nejčastěji se objevovaly následující odpovědi: způsob komunikace s pacienty nebo kolegy, přístup k péči o zdraví svoje i zdraví ostatních, dodržování práv pacientů,

Otázka č. 3

Znáte etický kodex nějaké jiné organizace, společnosti nebo skupiny lidí?

Pokud jste odpověděli ano, napište, o jaký etický kodex se jedná.

86 studentů (70,49 %) zná etický kodex jiné profesní nebo zájmové organizace. Nejčastěji se objevovaly následující odpovědi: Policie ČR, novinářů, lékařů.

Otázka č. 4

Je podle Vás etický kodex důležitý?

122 studentů (100 %) je přesvědčeno, že etický kodex je důležitý.

Shrnutí výsledků ankety

97,54 % oslovených studentů umí vysvětlit pojem etický kodex. 84,43 % studentů z celkového počtu 122 ví, že existuje etický kodex zdravotních sester a dokáže svými slovy uvést alespoň 1 jeho bod. 70,49 % oslovených studentů zná ještě etický kodex jiné profesní nebo zájmové organizace. 100 % oslovených studentů je přesvědčeno, že etický kodex je důležitým dokumentem.

Závěr, doporučení pro praxi

Etické kodexy různých firem, společností, spolků nebo sdružení a profesních organizací jsou důležitým dokumentem, který napomáhá zlepšovat vnitřní i vnější pracovní prostředí a mezilidské vztahy. V rámcových vzdělávacích programech, ze kterých vychází výuka na základních i středních školách, je etickému kodexu věnována nemalá pozornost. Svoje pevné místo má tato problematika ve výuce odborných i všeobecných předmětů na vysoké škole. Vysokoškolští učitelé by zásady z etického kodexu měli nejenom často připomínat ve výuce, ale i se jimi řídit jak v rámci teoretické výuky, tak v rámci povinné studentské praxe nebo při jednání a rozhodování ve svém „neučitelském“ zaměstnání. Jedině takovýmto způsobem je možné neustále zvyšovat podvědomí o etickém kodexu, naplňovat jeho zásady a opravdu tak zlepšovat pracovní prostředí, mezilidské vztahy a vytvářet pocit důvěry v danou firmu, společnost, organizaci nebo spolek či sdružení.

Použitá literatura a další zdroje

- [1] *Kodex zdravotních sester*. [online]. c2011 [citováno 1. 12. 2011]. Dostupný z WWW: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>.
- [2] *Rámcový vzdělávací program pro zdravotnického asistenta*. [online]. c2011 [citováno 7. 12. 2011]. Dostupný z WWW: <<http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf>>.

- [3] Studijní plány. [citováno 17. 12. 2011]. Dostupný z WWW: <<https://is.vspj.cz/studijni-plany/index/plan/23>>.
- [4] *Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Etický kodex* [online]. c2011 [citováno 7. 12. 2011]. Dostupný z WWW: <[/cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Etick%C3%BD_kodex&oldid=7542574](https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Etick%C3%BD_kodex&oldid=7542574)>.

Kontaktní údaje

Mgr. Martina Černá, Ph.D.
KCR Vysoké školy polytechnické Jihlava
Tolstého 16
586 01 Jihlava
e-mail: cernam@vspj.cz

NÁZORY ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA NA ICH HODNOTENIE

Eva Červeňanová, Nikoleta Poliaková

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Príspevok je zameraný na názory študentov ošetrovateľstva v rámci ich hodnotenia. Metóda hodnotenia, ako jedna s foriém spätnej väzby predstavuje silný stimulujúci prostriedok a má veľký výchovný význam, pokiaľ sa realizuje správne a spravodlivo. Na základe podnetov od študentov v bakalárskom a v magisterskom stupni vzdelávania v študijnom odbore ošetrovateľstvo sme zrealizovali prieskum s uzatvorenými a otvorenými otázkami. Použili sme metódu komparácie, vzájomne sme ich porovnali. Dospeli sme k záveru, že výsledky boli dosť subjektívne a vychádzali osobnostnej, vzdelanostnej a charakterovej úrovne každého študenta.

Kľúčové slová

Hodnotenie, pedagóg, študent, ošetrovateľstvo, skúška.

VIEWS OF STUDENTS IN THEIR ASSESMENT

Abstract

The contribution is focused on the views of nursing students in their evaluations. Evaluation method as a form of feedback is a powerful means of stimulating and has great educational value unless implemented properly and fairly. Based on suggestions from students in undergraduate and graduate level education in nursing study we have carried out a survey with closed and open questions. We used the method of comparison, we compared them with each other. We conclude that the results were quite subjective and based on personality, character and level of education of each student.

Key words

Assesment, teacher, student, nursing, examination

Úvod

Metóda hodnotenia je spôsob spätnej väzby práce každého pedagóga v priebežne alebo v určenom období. Stotožňuje sa s termínom klasifikácia a známka. Ohodnotenie je širší pojem ako klasifikácia, je výrazom emocionálneho vzťahu, hodnotiaceho posudku a oznámkovania. Meradlom vedomostí študentov je známka, ktorá by nemala byť ani odmenou, ani nástrojom trestu. Hodnotenie, ako metóda v ošetrovateľstve sa dostáva do pozície, kedy hodnotiacim sa stáva aj pedagóg – sestra aj študent – budúca sestra. Pedagóg hodnotí, názory

a postoje študenta vo vzťahu k zdraviu a k chorobe, k sebe samému, ale i správne, či neprávne posudzovanie študenta k zdravému a chorému človeku.

Názory študentov na spôsob preverovania ich vedomostí, postojov a zručností sú ovplyvnené mnohými faktormi, ako sú vek, osobnosť, postoj, hodnotová orientácia, vedomostná úroveň, odbornosť, psychická vyspelosť a skúsenosti.

V úvodnej prednáške, by mal každý vysokoškolský pedagóg okrem predstavenia svojho predmetu po obsahovej stránke, zdôraznenie cieľa, odporúčenia literatúry, informovať študentov i o metóde hodnotenia a požiadavkách spojenými s ňou. Všetky tieto informácie musia byť uvedené v informačnom liste predmetu, ktorý musí byť prístupný akademickom informačnom systéme danej vysokej školy.

Súčasným trendom sa stáva a výrazne vstupuje do popredia neverbálna forma metódy hodnotenia pred verbálnou s využitím elektronických médií.

Posudzovanie a hodnotenie

Podľa Skalkovej (2007) sú predmetom didaktického posudzovania a hodnotenia študentov výchovné a vzdelávacie výsledky procesu vyučovania. Proces, ktorým sa zisťujú a posudzujú výsledky vyučovacieho procesu, t. j. stupeň dosiahnutia jeho cieľov, vyjadrujeme pojmom kontrola vyučovacieho procesu. Skladá zo zisťovania a posúdenia výsledkov vyučovacieho procesu. Zisťovania výsledkov vyučovacieho procesu zahŕňa preverovanie, skúšanie študentov, teda meranie ich výkonu, zisťovanie toho, čo sa naučil, čo vie v porovnaní s tým, čo by mal vedieť. Posúdenie výsledkov vyučovacieho procesu predstavuje hodnotenie študentov, teda pripisovanie hodnoty, ale aj prejavenie názoru, postoja tým, kto hodnotí (pedagógom), tomu, kto je hodnotený (študent). Hodnotenie študentov sa vyjadruje aj vo forme čísla alebo známky, bodov a pod. čomu hovoríme klasifikácia.

Kontrola vyučovacieho procesu splňa tieto funkcie:

1. ***kontrolnú (diagnostickú)*** – určenie miery vedomostí, zručností, návykov, rozpoznanie ich postojov, schopností, hodnotovej orientácie, zistenie predností a nedostatkov;
2. ***prognostickú*** – určenie perspektívy žiakov, možností ich ďalšieho vývoja a pod.;
3. ***motivačnú*** – udržiavanie a zvyšovanie študijnej aktivity žiakov;
4. ***výchovnú*** – formovanie pozitívnych vlastností a postojov (napr. čestnosť, samostatnosť, vytrvalosť a pod.);
5. ***informačnú*** – dokumentácia výsledkov a ich oznámenie rodičom;
6. ***rozvíjajúcu*** – rozvoj schopnosti sebakontroly a sebahodnotenia žiakov;
7. ***spätnoväzbovú*** – získavanie informácií o úspešnosti vyučovacieho procesu žiakmi (vnútorná spätná väzba) i učiteľom (vonkajšia spätná väzba) na reguláciu ďalšieho postupu tak, aby sa dosiahli ciele vyučovacieho procesu (Skalková, 2008).

Podľa emeritného profesora A. Vrbana, významnou spätnou väzbou, ktorá informuje učiteľa o výsledkoch jeho pedagogického pôsobenia sú informácie o vedomostiach študenta zistené na semestrálnej skúške. Aj keď táto väzba má určité oneskorenie (obvykle jeden semester), je

možné tento nedostatok sčasti eliminovať sledovaním vedomostí študentov na cvičeniach alebo seminároch. Kvalita vedomostí získaných počas semestra je závislá nielen od kvality edukačného pôsobenia učiteľa a od schopností a záujmu študenta (ktorý by mal dobrý učiteľ dokázať stimulovať), ale aj od organizácie vzdelávacieho procesu a vytvorenia motivačnej študijnej, resp. vzdelávacej atmosféry na fakulte (akademického prostredie).

Vysokoškolský pedagóg, pri zodpovedne vedenej skúške, môže získať objektívnu a dostatočne obsažnú informáciu o stupni a hĺbke vedomostí, ktoré si študent v procese vzdelávania osvojil a tiež o pôsobení pozitívnych, alebo negatívnych vplyvov na úroveň štúdia. Kritéria delenia metód a foriem preverovania a skúšania žiakov rozdeľujeme *podľa spôsobu vyjadrovania sa žiakov pri skúšaní* - ústne, písomné a praktické skúšanie, *podľa počtu skúšaných žiakov* – individuálne, skupinové a hromadné, a *podľa časového zaradenia a funkcie* - prijímacie skúšky, priebežné skúšanie, súhrnné skúšanie, záverečné skúšky a opravné skúšky (Vrban, 2008).

Ústna skúška

Je to špecifická forma rozhovoru, kedy pedagóg kladie otázky a študent odpovedá. Ak je ústne skúšanie pedagógom premyslené, pripravené a vhodne zrealizované, nestráca svoj didaktický význam.

Pri ústnom skúšaní sa veľký význam pripisuje navodeniu príjemnej atmosféry, eliminácii strachu a hlavne odbúraniu stresovej situácie. V optimálnej atmosfére sú študenti aktívni a postupne si uvedomujú, že skúšanie je prirodzenou súčasťou vzdelávania. Verbálna odpoveď študenta ho učí odpovedať na otázky, presne a správne sa vyjadrovať, formulovať svoje myšlienky a verejne vystupovať.

Písomná skúška

Stupeň, hĺbku a rozsah vedomostí a systémového myslenia študenta nie je však dobre možné posúdiť organizovaním skúšok formou skupinových písomných testov, ktoré obvykle vyhodnocujú asistenti priznaním stanoveného počtu bodov za správnu odpoveď na položenú (často nejednoznačne formulovanú) otázku. Hodnotenie vedomostí sa potom pretransformuje na jednoduchý súčet bodov, ktorý, ak leží v stanovenom intervale, určuje známku, a táto sa rôznymi cestami nakoniec dostane do indexu študenta alebo podľa najnovších „riešení“ len do elektronického informačného systému (Vrban, 2008, s. 18).

Prezentácia POWER POINT

Predstavuje jednu najžiadanejšiu a najviac využívaných hodnotiacich metód v súčasnosti. Študent má možnosť predstaviť danú problematiku, prezentovať svoju počítačovú zdatnosť, orientovať sa množstve informácií, robiť analýzu s následnou syntézou, spracovať problémovú úlohu a prezentovať ju. Hodnotenie zo strany pedagóga predstavuje možnosť širšieho rozsahu s využitím diskusie, sledovania verbálnej i neverbálnej komunikácie,

spoznávaním názorov, postojov a vzťahu študenta k danej problematike. Využíva sa ako súčasť ústnej skúšky.

PRIESKUM

Problém

Problémom prieskumu bolo hľadanie odpovedí na nasledovné otázky:

Ktorý spôsob hodnotenia študentom najviac vyhovuje?

Aký majú študenti názor na jednotlivé typy hodnotenia?

Ciele

Cieľom prieskumu bolo:

- zistiť, ktorý spôsob hodnotenia – skúšania najviac vyhovuje študentom študijného odboru ošetrovateľstvo v bakalárskom a magisterskom stupni vzdelávania,
- porovnať názory študentov študijného odboru ošetrovateľstvo v bakalárskom a magisterskom stupni vzdelávania.

Metodika a organizácia

Prieskum bol realizovaný v mesiacoch december až február 2011. Metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie. Respondenti mali možnosť odpovedať na uzatvorené a otvorené otázky. Výsledky dotazníka sú spracované v absolútnej a relatívnej početnosti. Pri analýze výsledkov sme použili metódu komparácie.

Charakteristika prieskumnej vzorky

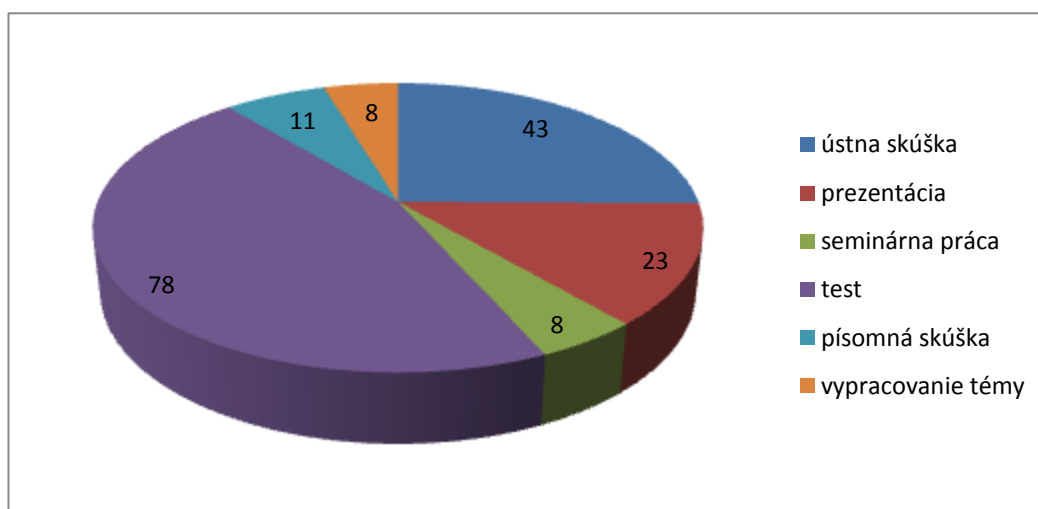
Prieskumnú vzorku tvorilo 264 študentov študijného odboru ošetrovateľstvo. Študentov sme rozdelili na dva podsúbory. Prvý podsúbor tvorilo 119 študentov 2. a 3. ročníka 1. stupňa vzdelávania – bakalár, Bc. Druhý podsúbor tvorilo 93 študentov 1. ročníka 2. stupňa vzdelávania – magister, Mgr.

Výsledky

Tabuľka 1 Preferencia formy skúšania študentmi bakalárskeho a magisterského stupňa vzdelávania

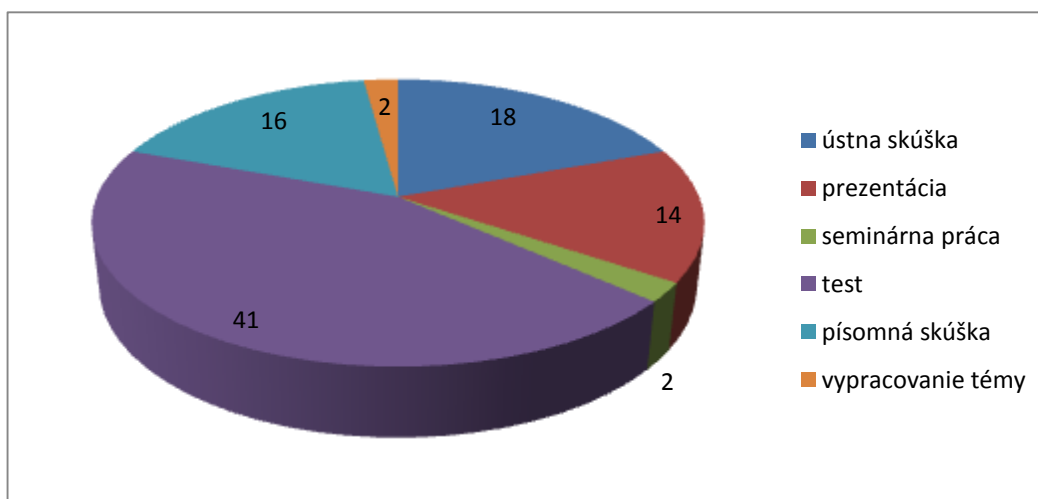
odpoveď	1		2		3		4		5		6		spolu	
	Ústna skúška		Prezentácia POWER POINT		Seminárna práca		Test s výberom odpovedí		Písomná forma – odpovede na otázky		Písomná forma – vypracovanie témy			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bc.	43	25,15	23	13,45	8	4,68	78	45,61	11	6,43	8	4,68	171	100
Mgr.	18	19,35	14	15,05	2	2,15	41	44,09	16	17,20	2	2,15	93	100
Spolu	61	23,11	37	14,02	10	3,78	119	45,07	27	10,23	10	3,78	264	100

Graf 1 Preferencia formy skúšania študentmi bakalárskeho stupňa štúdia



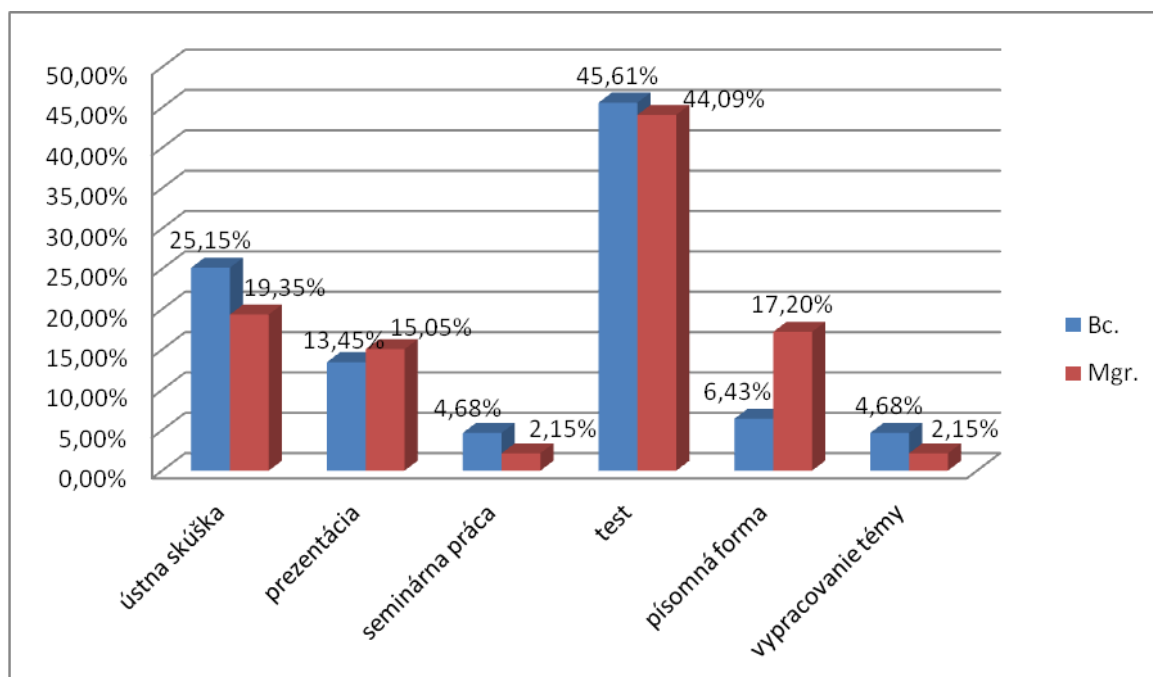
Študenti bakalárskeho stupňa štúdia najviac preferovali skúšanie metódou testu, a to až 78 (45,61 %) respondentov. Skúšanie ústnou formou uviedlo 43 (25,15 %) respondentov, skúšanie metódou prezentácie uviedlo 23 (13,45%) respondentov, písomnú skúšku preferovalo 11 (6,43%) respondentov a najmenej študentov, 8 (4,68 %) uviedlo skúšku formou seminárnej práce a písomné vypracovanie zadanej témy.

Graf 2 Preferencia formy skúšania študentmi magisterského stupňa štúdia



Študenti magisterského štúdia najviac preferovali skúšanie metódou testu, a to až 41 (44,09 %) respondentov. Skúšanie ústnou formou uviedlo 18 (19,35 %) respondentov, písomnú skúšku preferovalo 16 (17,20%) respondentov, skúšanie metódou prezentácie uviedlo 14 (15,05%) respondentov a najmenej študentov, 2 (2,15 %) uviedlo skúšku formou seminárnej práce a písomné vypracovanie zadanej témy.

Graf 3 Porovnanie preferencií foriem skúšania študentmi bakalárskeho a magisterského stupňa štúdia



Medzi preferenciami formy skúšky medzi bakalárskym a magisterským štúdiom neboli výrazné rozdiely. Študenti oboch stupňov vzdelávania najviac preferovali skúšanie formou testu (45,61% - Bc. a 44,09% Mgr.) a na druhom mieste ústnu skúšku (25,15% Bc. a 19,35% Mgr.). Študenti magisterského stupňa viac preferovali skúšanie písomnou formou (17,20% Mgr. a 6,43% Bc.) a formou prezentácie (15,05% Mgr. a 13,45% Bc.) ako študenti bakalárskeho stupňa štúdia. Najmenej obľúbenou formou bolo spracovávanie seminárnych prác či písomné vypracovávanie zadanej témy (4,68% Bc. a 2,15% Mgr.).

Tabuľka 2 Názory študentov bakalárskeho a magisterského štúdia na rôzne formy skúšky

	Bc.	Mgr.
Ústna skúška	<ul style="list-style-type: none"> - mi vyhovuje pretože testom sa nemôžem presne vyjadriť - vyhovuje mi osobný kontakt s vyučujúcim - môžem vyjadriť svoje myšlienky 	<ul style="list-style-type: none"> - môžem sa vyjadriť aj vlastnými slovami - priamy kontakt s pedagógom - mám spätnú väzbu, či som správne odpovedala
Prezentácia Power Point	<ul style="list-style-type: none"> - vyhovuje mi najviac, môžem sa na ňu pripraviť 	<ul style="list-style-type: none"> - pripravená téma sa dá flexibilne rozvíjať - menej stresujúce, domáca príprava
Seminárna práca	<ul style="list-style-type: none"> - zaberá dosť času, ale môžem preukázať snahu a záujem o danú problematiku - možnosť viac rozobrať daný problém 	<ul style="list-style-type: none"> - domáca príprava

Test s výberom odpovedí	<ul style="list-style-type: none"> - vyhovuje mi, viac času na otázky a odpovede - je to najjednoduchší spôsob skúšky, vyhovuje mi - nestresuje ma to ako ústna skúška - keď si prečítam text, tak si spomeniem, vybaví sa mi to čo som sa učila - môžem sa k otázke vrátiť - môžem si to viac premyslieť, nie som dobrý rečník 	<ul style="list-style-type: none"> - rýchle odpovede, menší stres - môžem sa vrátiť naspäť k otázkam, ktoré sa mi zdali ťažšie - dá sa vybrať logickým vytriedením - lepšia psychická pohoda
Písomná forma – odpovede na otázky	<ul style="list-style-type: none"> - môžem sa k danej problematike viac rozpísať 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhovujeme rozpísať sa k danej problematike
Písomná forma – vypracovanie témy	<ul style="list-style-type: none"> - menej stresujúce, mám na to čas 	<ul style="list-style-type: none"> - najviac mi vyhovuje

Diskusia

Cieľom našej práce bolo zistiť, ktorá forma skúšania študentom najviac vyhovuje. Študentom bakalárskeho i magisterskeho stupňa štúdia najviac vyhovovala písomná forma – test. Ako dôvody zväčša udávali väčšiu psychickú pohodu, minimalizáciu stresu, pocit väčšieho množstva času a možnosť opakovanej kontroly otázok. Ako druhú najvyhovujúcejšiu formu udávali ústnu skúšku. Jej klady spočívali v osobnom kontakte s pedagógom, možnosť spätnej väzby, konfrontácie a diskusie a obe skupiny študentov vyzdvihovali väčšiu možnosť vyjadriť sa slovné ako písomne. Ako výhodu uvádzali aj možnosť kladenia doplňujúcich otázok. Ústne skúšanie má i pre pedagógov nesporne väčší význam ako písomné. Vrban (2008) uvádza, že pedagóg sleduje slovný prejav študenta, kde hodnotí úroveň vedomostí a zručností, schopnosť sústrediť sa, schopnosti správneho plynulého vyjadrovania sa a taktiež komunikačné schopnosti. Zdôrazňuje, že mnohokrát sa odhalí i spôsob myslenia študenta, ako je myšlienkový chaos, sústredenosť na izolované podrobnosti, problémy s abstrakciou, analýzou či syntézou a pod. Všeobecné a frázoité vyjadrovanie je charakteristické pre formálne osvojovanie učiva. Pedagóg si ďalej všimá mimiku, gestikuláciu, mikropauzy, ale i parazitné slová. V intonácii a farbe hlasu sa môžu odrážať i prejavy strachu a neistoty, alebo naopak i nadmerné sebavedomie. Na treťom mieste bola u magisterskeho štúdia písomná forma skúšania a u bakalárskeho štúdia prezentácia vybranej témy. Práve prezentácia sa v súčasnosti stáva jednou z najžiadanejších a najvhodnejších foriem skúšania. Študent má možnosť predstaviť danú problematiku, prezentovať svoju počítačovú zdatnosť, robiť analýzu s následnou syntézou, spracovať problémovú úlohu a prezentovať ju. Najmenej preferovanou je u oboch typov štúdia vypracovávanie seminárnej práce. Je to predovšetkým pre časovú náročnosť. Na druhej strane však študent má možnosť preukázať schopnosť zorientovať sa v danej téme, pracovať s literatúrou a rozobrať zadaný problém do potrebnej hĺbky.

Pre študenta ošetrovateľstva považujeme ústne formy skúšania za najefektívnejšie. Patrí sem ústne skúšanie kladením otázok a prezentácia zadanej témy v elektronickej podobe, čo pripravuje budúce sestry na rozvíjanie edukačnej roly sestry.

Výhodou ústnej formy skúšky pre študenta ošetrovateľstva je možnosť prejavu a vyjadriť svoje vedomosti, postoje a názory, verbálnym prejavom sa zdokonaľovať odbornom terminológii, naučiť sa eliminovať stres vystupovaním, predviesť svoje skryté kvality

v samostatnosti, pri spájaní teórie s praxou, zdokonaľovanie osobnosti sebvzdelávaním a pod. Nevýhodou ústnej formy skúšky je že nemôže opisovať a radiť sa so spolužiakmi, a ak sa nepripraví, prezentuje len svoju slabú stránku osobnosti (Červeňanová, 2009).

Záver

Skutočnú kvalitu a hodnotu vedomostí študenta získaných štúdiom môže objektívne ohodnotiť len kvalifikovaný a erudovaný pedagóg vo vzájomnej komunikácii so študentom, pričom jej obsah by mal byť tiež zameraný na úroveň a pohotovosť myslenia a vyjadrovania v rozsahu vyučovaného predmetu aj v nadväznosti na odbor štúdia.

V študijnom odbore ošetrovateľstvo je prioritné formovanie osobnosti študenta s dôrazom na jeho vedomosti, zručnosti, postoje a návyky v súvislosti z odbornosťou a taktiež s ohľadom na bio-psycho-sociálny aspekt. Najlepšie je to možné s využitím ústnej formy skúšania. Na základe dlhoročných skúseností môžeme konštatovať, že výhodou pre VŠ pedagóga je získanie objektívnych a dostatočne obsažných informácií o stupni a hĺbke vedomostí študenta. Nevýhodou je veľká náročnosť na čas a sústredenosť. Priamy kontakt študenta s dobrým pedagógom môže pozitívne vplývať na psychiku študenta, ako aj na rozvoj jeho sebadôvery a komunikačných schopností v odbore, čo je tiež nezanedbateľný aspekt vzdelávania. Bez spätnej väzby získanej pri skúške sú možnosti pedagóga riadiť a zlepšovať pedagogický proces iluzórne (Vrban, 2008, s.18).

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] Červeňanová, E.,2009, *Metódy hodnotenia v predmete Výchova k zdraviu*. In.: Zborník z medzinárodného sympózia Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III., Nitra , ISBN 976-80-8094-554-1, EAN 9788080945541
- [2] Červeňanová, E.,2009, *Evaluation as an assessment Method of Nursing Students*, In.: *Univesity Review*, 2009, Vol. 3, No. 4, Alexander Dubček University of Trenčín, ISSN 1337-6047
(recenzovaný medzinárodný časopis – The internacional scientific journal founded by two universities from SlovakRepublic and Russian Federation) , This journal originated with kindly support of Ministry of Education of the Slovak Republik
- [3] Skalková, J.,2007, *Obecná didaktika*, GRADA, Praha, ISBN 978-80-247-1821-7
- [4] Vrban, A., 2008, *Spätná väzba pri vzdelávaní* In.: *ACADEMIA*, r. XIX, č.4, s. 15-21. ISSN 1335-5864

Kontaktná adresa

PhDr. Eva Červeňanová, PhD.

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

e-mail: eva.cervenanova@tnuni.sk

e-mail: nikoleta.poliakova@tnuni.sk

VPLYV PRACOVNÉHO PROSTREDIA NA ŽIVOT PRACOVNÍKOV V ZÁCHRANNÝCH ZDRAVOTNÝCH SLUŽBÁCH

Alena Dudeková

SZU Bratislava, Katedra urgentnej starostlivosti

Abstrakt

Príspevok obsahuje základné a stručné informácie o strese, jeho vplyvu na ľudský organizmus a základný prierez vplyvu stresu a opatrenia pre jeho elimináciu na pracovníkov záchranej zdravotnej služby. Súčasťou je aj výber vyhodnotenia dotazníku, ktorý sa robil medzi pracovníkmi záchranej zdravotnej služby.

Aplikovali sme hodnotenie a odporúčania, ktoré by mohli viesť k zníženiu vplyvu na pracovníkov a zlepšiť ich zdravotný stav.

Kľúčová slova

Stres, vplyv na ľudský organizmus, zvládnutie záťaže.

IMPACT OF WORKING ENVIRONMENT ON THE LIVES OF THE WORKERS IN EMERGENCY MEDICAL SERVICES

Abstract

The contribution contains basic and brief information about stress, its impact on the human body and basic cross-section impact of stress and measures for its elimination of emergency medical service workers. It also includes a selection of the evaluation questionnaire conducted among emergency medical service workers.

We have applied the evaluation and recommendations which could lead to reducing the impact on workers and improve their health.

Key words

Stress, impact on the human body, control load.

Úvod

Spoločnosť nás v detskom veku pripravuje na výkon povolania, ktoré v dospelosti vykonávame a zaraďuje nás tak do spoločnosti. Ani si to neuvedomujeme ale v práci strávime skoro polovicu života. Práve pracovná náplň ovplyvňuje naše zdravie a pri účinku fyzikálnych, chemických alebo biologických faktorov, môže viesť k trvalému poškodeniu zdravia. Vysoký štandard zdravia a bezpečnosti pri práci kladne ovplyvňuje ekonomické činitele štátu a zároveň znižuje pracovnú neschopnosť, ktorá negatívne ovplyvňuje prácu.

(Gebeová, 2010, s. 9). „Je všeobecne prijaté, že zdravotný stav populácie, je výslednicou komplexného pôsobenia štyroch základných determinát.,,

Zdravotný stav pracovníkov pracujúcich v zdravotníctve ovplyvňujú rôzne vonkajšie aj vnútorné vplyvy a malo by byť našim cieľom ich rozpoznať a eliminovať ich účinok na pracovníka.

Vplyv stresu na ľudský organizmus

Radi hovoríme, že je dnes doba, kedy sa bez stresu nedá žiť. Stres však nie je o dobe, ale o ľuďoch. Ide o civilizačnú chorobu, ktorá nás ohrozuje omnoho viac než si to vôbec pripúšťame. Stres môže pôsobiť negatívne na náš organizmus, spôsobiť chorobu až smrť.

Zakladateľom náuky o strese je maďarsko - nemecko - kanadský fyziológ, endokrinológ a komárňanský rodák Hans Selye, ktorý v pôvodnej koncepcii definuje stres ako odpoveď organizmu na túto záťaž. Záťažový faktor, na ktorý organizmus reaguje stresovou odpoveďou resp. stresom, nazval Selye „stresor“- faktor, ktorý vyvoláva stres a narušuje rovnovážny stav organizmu, tzv. homeostázu.

Podľa toho, ako stres pôsobí na človeka rozoznávame stres pozitívny a negatívny. Pre tieto protichodné póly sú zaužívané výrazy:

- pozitívny stres, tzv. Eustres, pozitívnym spôsobom zlepšuje výkon, našu tvorivosť a je výsledkom pri spokojnosti s dobre vykonanej práce. Pôsobí na človeka priaznivo a motivuje ho k ďalším úspechom,
- negatívny stres, tzv. Distres, sa vyskytuje pri negatívnych skúsenostiach, pri strate blízkej osoby, nadmerného pracovného zaťaženia a iné. Ide o stres, ktorý pri dlhodobom pôsobení vplýva nie len na naše objektívne ale aj subjektívne vplyvy.

Samostatnú kategóriu tvorí tzv. špecifický stres, ktorý človek vytvára zámerne a nastáva po ňom uvoľnenie (napr. adrenalínový šport).

Prejavy stresu a jeho vplyv na náš organizmus a život:

- Fyzický prejav - zmena v spánku, únava, nevoľnosť, bolesť hlavy, žalúdka a iné.
- Duševné - nedostatok koncentrácie, výpadok pamäti, nával paniky, depresie.
- Zmena správania - zmena v chuti jedla, zvýšený príjem alkoholu, hryzenie nechtov.
- Citové prejavy - návaly smútku, podráždenosť, plačlivosť.

Stres poznačí celého človeka - jeho telo, myseľ, pocity i správanie.

Celý rad výskumných štúdií potvrdzuje, že pracovná výkonnosť klesá, ak sa nevytvoria vhodné pracovné podmienky. Je potrebné, aby sa v organizáciách brali do úvahy skutočnosti, že hluk, nesprávne osvetlenie, dlhý pracovný čas a nočné zmeny zvyšujú stres a znižujú výkonnosť. Skrátenie pracovného času a správne organizované zmeny, ktoré umožňujú relaxáciu pracovníkov po práci, môžu zvýšiť výkonnosť i kvalitu práce.

Zvládanie záťaže u pracovníkov v záchranných zložkách

Pri výkone povolania v záchranných zložkách sa pracujúci stretávajú s najrôznejšími situáciami, ktoré v danej miere ovplyvňujú záchrancov.

Daný traumatizujúci zážitok vždy zanecháva stopy na psychike účastníkov. Veľkú oporu má záchranár v dobre fungujúcom tíme, ktorí mu pomáha a môže pomôcť k zvládnutiu a zabudnutiu nepríjemných zážitkov. Aby bol tým skutočne oporou je potrebné, aby bola dobre zvládnutá organizácia práce a zásahu.

Zároveň aj Rybárová (2011) popisuje, že je dôležitá komunikácia s pacientom, spätná väzba ako aj systémové zisťovanie pacientovho pohľadu na úroveň zdravotnej starostlivosti.

Na podporu a zabránení účinku stresu sa uplatňujú nasledujúce opatrenia:

- jasne formulovaný reťazec nadriadenosti a podriadenosti,
- zmeny nemôžu byť dlhšie ako 12 hodín a nasleduje 8 hodín voľna,
- inštruktáž na začiatku zmeny,
- k dispozícii sú všetky potrebné pomôcky k práci,
- komunikačné prostriedky sú v dosahu,
- práca má jasný cieľ a zmysel,
- role sú jasne vymedzené a popísané.

Ochranné opatrenia zabezpečené štátom:

- priemerné finančné zabezpečenie,
- úprava legislatívy, ktorá zaručuje stabilnú prácu, aby sa každé štyri roky pracovníci nemuseli prispôbovať novým podmienkam,
- opätovne naštartovať celoživotné vzdelávanie, ktoré sa už nenachádza v legislatíve,
- ochrana pracovníkov pred agresívnym a násilným konaním zachraňovaného.

Ďalším zdrojom prevencie dopadu záťaže sú postupy, ktoré má k dispozícii sám pracovník a ktoré môže využívať:

- starostlivosť o svoje telo, využívanie anti - stresových stratégií, masáže,
- schopnosť pracovať so svojím dychom tak ako to umožňuje jeho kondícia,
- vhodné jedlo – vyhýbať sa návykovým látkam (alkohol, cigarety), pravidelná strava, odpočinok a relaxácia vo voľných chvíľach,
- otvorenosť k zdieľaniu pocitov a zážitkov,
- harmonický súkromný život, ako aj priateľov, ktorí mu pomáhajú zvládať stresové situácie.

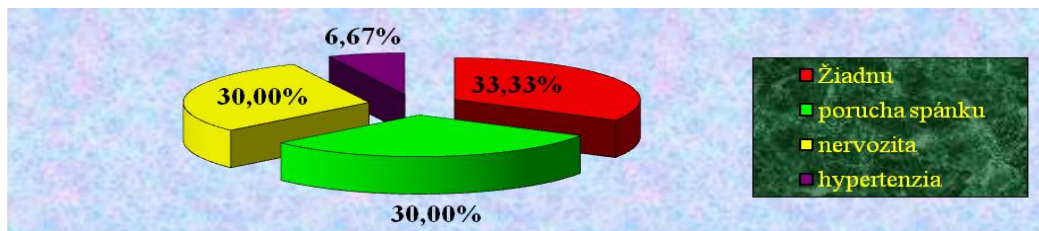
Je ťažké nájsť vhodné slová, ktoré by mohli pomôcť pri zvládnutí traumatizujúcich zážitkov. Vieme, že smrť je prirodzeným vyústením života, ale pri náhlom úmrtí je ťažké sa vyrovnávať z neúspechom pri prehratom boji

Prieskum zmeny zdravotného stavu na pracovníkov

Vybrané odpovede zamerané na prieskum zdravotného stavu z dotazníka, ktorý bol vykonaný na zamestnancov organizácie ZDZS Bratislava v počte 60 ľudí. Dotazník bol anonymný a bol vykonaný v mesiaci marec 2010.

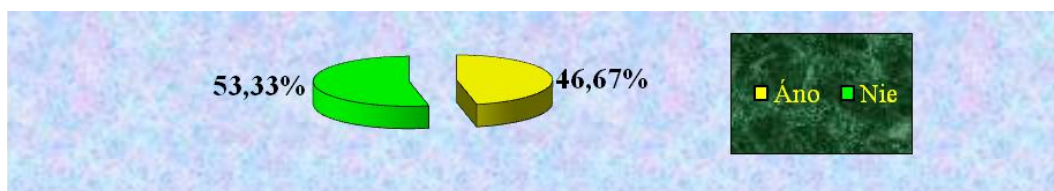
Otázka č.1 Akú zmenu zdravotného stavu pozorujete?

Žiadnu - porucha spánku – nervozita - hypertenzia



Graf 2 Grafické znázornenie otázky č.1

Otázka č.2 Dodrżujete oddych (spánok) po nočnej zmene? Áno- nie.



Graf 3 Grafické znázornenie otázky č.2

Vyhodnotenie

V otázke č.1 je možné pozorovať zmenu zdravotného stavu pri najčastejších poruchách, vyskytujúcich sa pri nočných prácach. V percentuálnom pomere je zastúpenie nasledovné: 33,33% nepocit’uje žiadnu zmenu zdravotného stavu, 30% porucha spánku, 30% nervozita a 6,67% hypertenzia.

Správna životospráva zo strany zamestnanca, v tejto časti, je hlavný problém. K zmene zdravotného stavu prispel pravdepodobne fakt, že viac ako 53,33 % zamestnancov nedodržiava odpočinok po nočnej zmene.

Návrh zlepšenia

Zamestnanec by sa vo svojom voľnom čase mal dodržiavať a nezabúdať na fakt, že ľudia pracujúci v nočných zmenách by mali mať pravidelný spánkový režim aj počas voľných dní, aby predišli príznakom a vplyvom nočných zmien na organizmus a netrpeli problémom zaspať alebo zotrvať v spánkovom stave.

Zo strany zamestnávateľa, by sa mali organizovať semináre, ktoré by boli zamerané na výučbu oddychu, ktorá by mohla prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu u pracovníkov.

ZÁVER

Cieľom publikácie je vysvetlenie základných poznatkov o strese a jeho vplyvu na pracovníka v záchranej zdravotnej službe. Poukazujeme na zásady, ktoré by sa mali dodržiavať pre odbúranie stresu na pracovisku.

Myslíme si, že najväčšou slabinou v zložkách ZZS je čoraz častejšie napádanie a medializovanie prípadov a často krát sa zložky ZSS dostávajú pod psychický tlak. Sme zaťažovaní legislatívnymi zmenami, ktoré nám neprinášajú len zmenu k lepšiemu, ale prinášajú so sebou aj mnoho negatív.

Štát by nemal zabúdať, že pre zlepšenie podmienok, je potrebné aby pri úprave legislatívnych zmien nezabúdali na rady odborníkov a hlavne pracovníkov, ktorí pracujú v záchranných službách, pretože ak sa raz prijímané zákon s chybou, je o to horšie pracovať pri tak náročnom povolani ako sú záchranné služby, kde žiaden omyl nie je tolerovaný.

Zároveň by pomohla, aby si pracovníci v zložkách ZZS nezabúdali na ochranu svojho zdravia a venovali väčšiu pozornosť záchrane života nie len pre druhých aj keď ich hlavná ochrana spočíva v záchrane života.

Na zlepšenie a zvýšenie kvality by sme odporúčali, aby firmy kladli väčší dôraz na vytváranie tímov, pretože tímy prináša množstvo výhod a dokáže odbúrať stres. Navrhujeme edukáciu prostredníctvom seminárov, pri ktorých sa bude zdôrazňovať prevencia vlastného zdravia v oblasti pracovného lekárstva.

V každom živote ľudia prežívajú šťastné a nešťastné chvíle. Chvíle, ktoré nás zlomia alebo zocelia alebo nás upozornia na nečakané zvraty nášho života. Je vhodné, ak nás tieto chvíle posilnia a dokážeme si vážiť a chrániť to najdôležitejšie a to je zdravie.

Použitá literatúra

- [1] BRADSKÁ, M.: *Zvládnutie záťažových situácií v kontexte kvality života*. Katedra psychológie, Filozofická fakulta UK Bratislava.
- [2] BUCHANCOVÁ, J. a kolektív: *Pracovné lekárstvo a toxikológia*. Martin. Osveta, 2003. 1132s. ISBN 80-8063-113-1
- [3] FLEMING FALLON, ERIC J. ZGODZINSKI: *Essentials of Public Health Management*. Second Edition. New York, 2009. 470s. ISBN-10: 0763756814
- [4] GEBEOVÁ, K. *Vplyv rizikových faktorov na kvalitu života pracovníkov v zdravotníctve (rigorózna práca)*. Bratislava, Slovenská zdravotnícka univerzita, 2012, 9.str.
- [5] HLINICA, K. 2004. *Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životom*. Praha: Československá psychologie, s3,48.
- [6] KEBZA, VL. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

- [7] RYBÁROVÁ, Z. 2011. *Psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta počas anestézie*. In: Jihlavské zdravotnícke dny 2011, I.ročník, Jihlava, ČR, 21.4.2011. s. 580-584. ISBN 978-80-87035-37-5.
- [8] TÓTH KAROL a kolektív: Právo a zdravotníctvo. Bratislava. Herba, 2008. 388s. ISBN 978- 80- 89171- 57-6
- [9] Vyhláška MZ SR č. 542/2007 o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci,
- [10] Vestník MZ SR 2009, dňa 20. marca, ročník 57, čiastka 10-12, str: 66-88.

Kontaktná adresa

Bc. Alena Dudeková
SZU Bratislava Katedra urgentnej starostlivosti
Limbová 12
833 03 Bratislava
tel.: 02/59370 857
e-mail: alena.dudekova@szu.sk

DOKUMENTÁCIA V ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE

Alena Dudeková

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta ošetrovateľstva
a zdravotníckych odborných štúdií, Katedra urgentnej starostlivosti

Abstrakt

Poster obsahuje základné a stručné informácie o zdravotnej dokumentácii, ktoré sa musia dodržiavať pri jej vypisovaní, v podobe, ktorá sa používa na záchranej zdravotnej službe. Súčasťou je stručný prehľad a základná charakteristika zásad, ktoré sa v správne vypísanej dokumentácii musia nachádzať.

Kľúčové slová

Záznam o zhodnotení zdravotného stavu, identifikácia pacienta, zaznamenanie výkonov

DOCUMENTATION EMERGENCY MEDICAL SERVICES

Abstract

Poster contains essential and concise information on medical documentation, to be followed in the typing in a form that is used for emergency medical service. Included is a brief overview of the basic characteristics and principles in a written documentation must be properly located.

Key words

Record of the health assessment, patient identification, record performance

Použitá literatúra

- [1] TÓTH KAROL a kolektív: Právo a zdravotníctvo. Bratislava. Herba, 2008. 388s. ISBN 978- 80- 89171- 57-6
- [2] Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 21. október 2004, čiastka 243: 5138–5157. Dostupné na internete: (<http://www.zbierka.sk>).
- [3] Zákon č. 284/2008 Z.z, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 351/2005 Z. z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 2. júl 2008, čiastka 110: 2271-2273. Dostupné na internete: (<http://www.zbierka.sk>)
- [4] Vestník MZ SR 2009, dňa 20. marca, ročník 57, čiastka 10-12, str: 66-88. Dostupné na internete: (<http://www.zbierka.sk>).

Kontaktná adresa

Bc. Alena Dudeková
SZU Bratislava Katedra urgentnej starostlivosti
Limbová 12
833 03 Bratislava
t.č. 02/59370 857
e-mail adresa: alena.dudekova@szu.sk

OD KOJNÝCH K BANKÁM MATEŘSKÉHO MLÉKA

Vlasta Dvořáková

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Profesi kojných lze v historii vystopovat ve všech civilizacích. Problematikou kojení a kojných se v dějinách zabývalo mnoho lidí. Téměř po celou dobu existence lidstva se zdůrazňovalo, že mateřské mléko je nenahraditelné. Pro každé dítě znamenalo mateřské mléko život nebo smrt. Kojící matka musela mít proto hojnost mléka. Svědčí o tom archeologické nálezy z doby kamenné, kde jsou bohyně hojnosti a plodnosti znázorněny s extrémně mohutnými hýžděmi a velkými prsy.

Klíčová slova

Kojná, kojení, mateřské mléko, banky mateřského mléka.

FROM WET NURSES TO BREAST MILK BANKS

Abstract

The profession of wet nurse can be traced in all civilizations. In the past many people dealt with the problematic of breastfeeding. During the entire existence of mankind was breast milk considered as irreplaceable. For every child it meant death or life. Breastfeeding mother had to have plenty of milk. It is proved by archaeological discoveries where goddesses of fertility are produced with extremely wide buttocks and big breasts.

Key words

Wet nurse, breastfeeding, breast milk, breast milk bank

Úvod

Profese kojných nebyla v historii potřebná pouze v případech, kdy matka zemřela během porodu či po porodu, ale velmi často hrály roli i další faktory. Hlavně to byly faktory sociální, politické nebo náboženské. Význam a důležitost samotného kojení byly popisovány nejen ve vědecké, ale i v krásné literatuře. Často se s tímto námětem setkáváme i ve výtvarném umění.

Jednu z nejstarších písemných zmínek o kojných můžeme najít v Bibli, v knize Exodus: „Faraonova dcera ji poručila: Odneseš to dítě, odkoj mi je a já ti zaplatím. Žena vzala dítě a odkojila je“ (Bible, Starý zákon).

Kojením se zabývaly také světské zákony, Chammurapiho zákoník udává: „Jestliže někdo svěřil své dítě kojné a ono v jejích rukách zemře, a kojná si bez vědomí jeho otce a matky přiloží k prsu jiné dítě, usvědčí ji a uříznou ji její prs, protože bez vědomí otce a matky si přiložila k prsu jiné dítě (Fendrychová, 2011).

Výběr kojných

Ze zachovalých literárních pramenů Egyptanů, Indů, Peršanů, Řeků a Římanů se dovídáme, že všechny matky své děti nekojily. Především zámožné matky z patricijských rodin se vzdávaly kojení ze společenských důvodů a současně z obavy, že ztratí kojením pevné poprsí, které již tenkrát bylo symbolem ženské krásy. Byl proto zaveden na základě dřívějších zkušeností systém kojných z řad otrokyň (Šráčková, 2004). Děti měly pro Egyptany velkou hodnotu a byly považovány za požehnání (Matulníková, 2011).

Výběr kojných vypracoval nejznámější gynekolog starověku Soranos z Efezu (2. stol. př. n. l.) neobyčejně přísná kritéria. Kojící otrokyně musely být krásné, ve věku 20–25 let, prsy musely mít pevné, středně velké, s růžovými, otužilými a erektivními bradavkami, aby se dítě mohlo přisát. Požadavkem také bylo, aby měly odkojeny dvě až tři vlastní zdravé děti, a přitom nesměly být těhotné. Přísně byly posuzovány i jejich vlastnosti a chování. Měly být čistotné, srdečné, mírné povahy, v dobré duševní i tělesné pohodě. Doporučovány jim byly cviky na posílení paží a ramen, doporučovaly se aktivity jako házení míčem, čerpání vody vědrem ze studny, mletí obilí, hnětení těsta na chleba. Soranos podrobně rozvedl i dietu kojné. Kojná by se měla zdržet těch potravin, které nadýmají a po nichž by její mléko nepříjemně chutnalo. Mezi ně patřily cibule, česnek, ředkvičky, ostrá koření, těžce stravitelná masa. Kojná by měla v jídelníčku preferovat křepelky, holoubata, kuřata, ryby, příležitostně maso ze selat, jehňat, telecí, tvrdý chléb. Soranos vypracoval i další pokyny, jak má kojná držet novorozence v náručí, jak jej přiložit k prsu, kdy a jak dlouho kojit. Dle Sorana má být novorozenec v tělesném kontaktu s matkou, v jedné místnosti ve dne i v noci. Během noci by měl novorozenec ležet odděleně ve své postýlce, aby nebyl zalehnut. Rovněž mléku poskytovanému ideální kojnou byla věnována ostražitá pozornost. Muselo být bílé, bez červeného nebo zeleného nádechu, příjemné vůně, sladké chuti, přiměřené hustoty. Konzistence mléka se zkoušela tak, že se vymačkala kapka mléka na nehet nebo bobkový list, aniž by se rychle roztekla. Nicméně prvé mateřské mléko (mlezivo) považoval Soranos za škodlivé po dobu tří týdnů. Pro jistotu doporučoval mít v rezervě ještě jednu kojnou. Soranos byl původem Řek a dával přednost řeckým kojným.

Kojné z řad otrokyň byly přece jenom privilegovanější. Pokud měly otrokyně málo mléka, vypomáhaly si navzájem anebo podávaly mléko kravské, přičemž za nejvhodnější bylo pokládáno mléko černých krav, dále mléko kozí slazené medem a v nouzi nejvyšší i mléko oslí. Takto živěné děti často umíraly. Proto již v té době moudří lidé nabádali k tomu, aby dítě bylo kojeno hned po porodu od vlastní matky, například Tacitus (55–120 n. l.), známý římský historik, brojil proti kojným: „Každé dítě má být kojeno v ochranné náručí své matky, nikoli služebnou či kojnou“ (Šráčková, 2004).

Kojné tehdy nepečovaly pouze o děti královské, ale i o děti opuštěné, zavržené a nechtěné. V antickém Řecku a Římě byly nechtěné děti často odkládány na místo, kde si je vyzvedávali lidé, kteří potřebovali levné otroky. Pro takové děti si vyhledali kojnou, která se o ně starala do věku tří let.

Smlouvy s kojnými byly v antickém Řecku a Římě byly v antickém Římě uzavírány na různě dlouhou dobu, od šesti měsíců až do tří let. Kojná nesměla mít poměr s mužem ani otěhotnět,

protože se věřilo, že sex a těhotenství změní kvalitu mléka, a tak dojde k poškození dítěte. Pokud kojná otěhotněla, musela platit pokutu (Fendrychová, 2011).

Období renesance

Období renesance přineslo nový pohled na kojící ženy. Církev nabádala ženy k respektování morálních zásad a ke kojení vlastních dětí. Ženy byly podřízené ideálu doby, často svá ňadra zahalovaly průsvitným závojem, což jejich koketnost jen zvyšovalo. Aby svým ňadrům zachovaly dívčí pel, své děti podobně jako ve starověku přenechávaly kojným. Na rozdíl od starověku byly kojné v této době dobře placeny, přitom se rozhodovaly „dobrovolně“ z důvodu sociálních, protože nemohly uživit své vlastní děti. O to pečlivěji byly vybírány. Přednost měly méně vzhledné před krasavicemi, do těch by se mohl otec dítěte snadno zamilovat. Bylo totiž zvykem, že kojná sdílela s rodinou společnou domácnost, zatímco své vlastní dítě zpravidla ve věku 18 měsíců i mladší odkládala na vychování na venkov. Tímto zásahem určitě trpěla, nicméně se musela smířit se situací, a tak postupně ztrácela vazbu na své vlastní děti. Kojila-li cizí svěřené dítě, většinou dva roky, došlo k reciproční vazbě mezi oběma, zvláště, zůstala-li v rodině nadále jako chůva nebo služebná, či obojí. Stala se tak daleko bližší důvěrníci dítěte než vlastní matka.

Není divu, že tento systém kojných byl ostře odsuzován humanistickými praktickými lékaři, kněžími, kazateli i dalšími mravokárci celé Evropy. Humanista Erasmus Rotterdamský (1461–1536), který mezi prvými nabádal ve svých kázáních matky, aby samy kojily. V r. 1543 známý lékař Thomas Pauer ve své Dětské knize (první knížka o dětských nemocech) uvádí, že „kojení je mateřskou povinností a užívání kojných je riskantní náhradou za biologickou matku“. Učitel národů, J. A. Komenský (1592–1670), považoval odstavování dítěte od vlastní matky a výživu cizím mlékem „proti Bohu škodlivé, dítkám škodlivé i matkám samým“. Romanopisec Daniel Defoe (1660–1731) horlil proti matkám, které dovolí svému dítěti „pít krev života“ nějaké děvečky od krav nebo česačky vlny a kritizuje je, že se neobtěžují zkoumat duši ženy, jejíž mléko bude dítě pít, nemluvě o jejích tělesných neduzích.

Známý Eucharius Roesslin, který sepsal první tištěnou učebnici pro porodní báby, Růžovou zahradu těhotných žen a porodních bab, v jedenácté kapitole podrobně popsal požadavky na kojné a jejich mléko (Folia Medici, 1935).

Systém kojných

Systém kojných byl praktikován i v nalezincích, které byly zřizované původně u klášterů. První byl založen v r. 787 v Miláně. Chudé, opuštěné dívky zde mohly anonymně odložit své dítě u tzv. fortny milosrdných. Tak byly nazvány vstupní dveře kláštera, opatřené okénkem s otáčecím zařízením, kam mohla matka své dítě odložit, načež zazvonila a utekla. Zdravá, svobodná těhotná mohla být po předchozí domluvě přijata bezprostředně po porodu jako pomocnice a současně kojná, aby kojila nejen vlastní dítě, ale i opuštěné. Jen děti kojené nejméně po dobu prvního roku měly šanci přežít. Ostatní, zpravidla luetické, byly živeny zvířecím mlékem a většinou během prvního roku umíraly. Dle názoru lékaře Konráda Zwierleina mohla výživu těchto luetických kojenců nejlépe a nejlaciněji zajistit koza, a to přiložením kojence přímo k vemeni. Jak udávají literární prameny, byla jeho myšlenka realizována v pařížském nalezinci, kde bylo zřízeno oddělení luetických novorozenců

oddělené padacími dveřmi od stáje s 20 oslicemi, k jejímž strukům byli tito novorozenci přikládáni.

Na nájemném kojení byly stejnou měrou závislé jak pracující ženy, tak aristokratky. Ty první, aby si mohly přilepšit, ty druhé pro své nesčetné společenské povinnosti, které jejich postavení vyžadovalo. Zvlášť monstrózním příkladem tohoto stavu se stal v dnešním slova smyslu konkurz na kojnou pro potomka velkého Bonaparta a krásné Marie Luisy. Být kojnou syna Napoleona se stalo snem mnoha sličných a zámožných žen. Celkem se jich přihlásilo 1 200, eliminací byl jejich počet snížen na 200, pak na 50, posléze na 28. Těchto 28 bylo vyšetřeno komisí sestávající se z 5 lékařů, kteří vybrali napřed 6 žen a nakonec pouze 2, které by se v nemoci mohly zastoupit. Vybraná 23letá kojná měla svého téměř pětiměsíčního chlapečka, který byl kojen současně s princem další 2 měsíce a pak odstaven, aby princ mohl být kojen do 14 měsíců, kdy měl prý již 13 zoubků.

Zatímco do 16. století bylo zaměstnávání kojných výsadou aristokracie, v 17. století zachvátil tento zvyk i buržoazii a postupně i střední vrstvy. Ve Francii bylo v 18. století posíláno na venkov k výchově v rodinách asi 50 % pařížských dětí. Téměř žádná matka nekojila sama. Kojení bylo považováno za něco vulgárního, příliš tělesného, za činnost hodnou otrokyní, služebných či venkovanek. Nakonec zachvátilo námezdní kojení i nejnižší vrstvy. Kojenecká úmrtnost za takových poměrů nesmírně stoupala. Pro ilustraci, v roce 1780 byla v Paříži úmrtnost plně kojovaných dětí 7 %, příkrmovaných 15 % a námezdně kojovaných a uměle živých 60 %. To znamená, že ze 100 dětí zemřelo v prvním roce života 82. Za této situace nebylo divu, že se kojení stalo za francouzské revoluce přímo kultem. Matka, která své dítě nekojila, byla považována za politicky neuvědomělou, a nebyla jí proplácena státní podpora v mateřství (Šráčková, 2004).

Vážená francouzská porodní asistentka Margueritte du Tertre, která v 70. letech 17. století vedla porodnické oddělení ve špitále Hôtel Dieu, se zabývala vlastnostmi dobré kojné. Své závěry týkajících kojných popsala ve svém spise Rodinné pokyny (Doležal, 2001).

Propagace kojení

V posledních letech 18. století bylo podporováno kojení. Ženy byly podněcovány kojit svá nemluvňata, aby vojenské a šlechtěné vlastnosti mohly proudit mlékem do srdcí všech kojenců. Ztotožnění mateřského kojení se ctností a kojných s degenerací a úpadkem rojalistů umožňovalo volbu. Zvolit si mateřské kojení znamenalo vyslovit souhlas s režimem. Matky, které odmítaly kojit své potomky, byly považovány za osoby sociálně podvrtné. Jen tak se podařilo snížit počet dětí posílaných na venkov k tzv. laciným kojným. I vláda se rozhodla nařízením konventu učinit určitá opatření. Například nevyplácet státní podporu rodinám, jestliže matka nekojí své dítě. Naproti tomu každá svobodná dívka, budoucí matka, která prohlásí, že hodlá kojit své dítě, jež očekává a potřebuje pomoc státu, ji může nárokovat.

Již zmíněné nalezince se v tuto dobu stávají středisky, kam nejen odkládají svobodné matky své děti legálně, ale kde jsou také soustředěny, registrovány, a přitom přísně vybírány a distribuovány kojné. Snižuje se počet dětí posílaných na venkov k úplně neznámým kojným.

Velmi často bylo však přímo odsuzováno zneužívání nájemných kojných, kterým ženy z nejvyšších společenských vrstev, vedené snahou zachovat si hezkou postavu a hlavně poprsí, svěřovaly zpočátku své děti.

Zatímco v propagaci kojení udávala v 18. století tón Francie a její revolucionářská administrativa, v 19. století to byly panovnice, které svým osobním příkladem propagovaly kojení. V britském impériu to byla královna Viktorie, která odkojila všech svých 9 dětí. Své kojné propustila i ruská carevna Alexandra Fjodorovna. O největší propagaci kojení se zasloužila německá císařovna Augusta Viktorie, která odkojila všech svých 7 dětí, sama přednášela o kladech kojení a současně odsuzovala kojení z láhve, které se začalo uplatňovat v nalezincích.

Důležitou roli v našich zemích sehrály porodní asistentky, tenkrát zvané porodní báby, které chodily k porodům a během šestinedělí do domácnosti. Pečlivě dohlížely na řádný rozvoj laktace a zacvičovaly matku ve správné technice kojení. Při počátečních potížích s kojením dovedly matku povzbudit a uklidnit. Uměly i pomoci a poradit při přípravě umělé výživy. V nejstarší české učebnici porodnictví pro porodní asistentky zvané *Umění babické* od A. Jungmanna z roku 1814 se dokonce setkáváme s první recepturou umělé výživy, a to výrobou syrovátky pro novorozence. Podávala se první dny po porodu, jestliže matka neměla mléko.

V učebnici Václava Rubešky, *Porodnictví pro babičky*, najdeme také rady, jak vybrat vhodnou kojnou a jak eventuálně řešit nedostatek mateřského mléka (Rubeška, 1910).

Kojné ve dvacátých letech 20. století

Kojná vždy značně zatěžovala rozpočet domácnosti, protože vyžadovala velké náklady. Z nalezince byly doporučované kojné za určitou taxu. Pokud se kojná neosvědčila, ústav ji do 16 dnů vyměnil. Ústav se vždy zaručil za zdraví vyslané kojné. Pokud rodina najímala kojnou soukromě, byla vždy opatrná a o pomoc při výběru kojné přizvala i lékaře. Lékař v takovém případě vyšetřil ženu, hlavně ho zajímala tuberkulóza a lues. Na kojnou i v této době byly kladeny požadavky. Hlavně na stravu, čistotu, vlastnosti a práci. Mezi práce kojné patřilo uklízení, praní, žehlení.

Pro zajímavost jeden zákon ze dne 3. 7. 1924 zní: „Matka žijícího dítěte, mladšího 4 měsíců, nesmí být přijata za kojnou a nesmí místa kojné přijmout, ač by jí byla dána možnost pravidelně kojiti i své vlastní dítě. Kojná smí být přijata, bude-li vysvědčením úředního lékaře prokázáno, že současné kojení dvou dětí nebude zdravotní závadou pro kojnou nebo její dítě, a že ani dítě, k němuž se kojná najímá, ani jeho oba rodiče neohrožují zdraví kojné nebo jejího dítěte. Obce jsou povinny spolupůsobiti při provádění tohoto zákona“ (Vacková, Kožíšková, 1926).

Velice pěkně popisuje profesi kojné lékař Ludvík Fisher, který se mimo jiné věnuje i přechodnému nedostatku mateřského mléka u kojné po nastěhování do nové domácnosti. Nabádá, aby rodiče dítěte i sama kojná zůstali klidní, že po adaptaci kojné v novém prostředí bude dostatek mateřského mléka. Kojné byly najímány společně se svým vlastním dítětem, které bylo zpravidla staré 6-8 týdnů (Fisher, 1924).

Vývoj umělé výživy a postupný zánik profese kojných

Na klinikách a někde i v nalezincích docházelo k výzkumu umělé výživy. V zámožných rodinách se krmení z láhve umělou výživou stávalo módou. Na místo nájemných kojných nastoupily tzv. bony, které byly vyškoleny nejen v přípravě této umělé výživy, ale i v ošetrovatelské technice. Šlo o mladé inteligentní dívky, které přebraly v bohatých rodinách péči o novorozené dítě, zpravidla do věku 2–3 let, kdy je pak předaly vychovatelce. Bohaté maminky měly tak o své dítě postaráno a mohly se svobodně podílet na společenském životě tzv. vyšších kruhů. Bony bylo možno vidět za prvé republiky procházet se v parcích ve velkých městech s kočárkem a s nádherně nastrojeným miminkem v luxusních peřinkách. Samotné bony působily svým zjevem a oblečením velmi dobře. Usměvavé, poněkud však rezervované, vzbuzovaly určitý respekt, snad pro uniformu, kterou nosily tmavomodré šaty s bílým límečkem a modrou čelenkou s bílým závojem v létě, s bílou čelenkou a tmavomodrým závojem a pláštěnkou s pelerínou téže barvy a kvality v zimě. Tyto své služby poskytovaly jen několik málo let. Služba to byla zdánlivě pěkná, avšak trvala sedm dní v týdnu ve dne v noci. Bony proto zůstávaly svobodné. Mnohé z nich se doškolily a přecházely na dětské kliniky. Zde se často stávaly pro svou erudici a praxi, výborné taktní chování, a navíc, protože byly svobodné, vrchními sestrami.

Umělá výživa u nás měla uplatnění před 1. světovou válkou, za první republiky, v období protektorátu a ještě po 2. světové válce. Její příprava byla složitá a náročná, vyžadovala zachování pravidel sterility, včetně kojeneckých lahviček a saviček. Jinak docházelo u kojenců k těžkým poruchám zažívacího traktu. Mnozí z nich umírali pod diagnózou dyspepsia toxica nebo intoxicatio alimentaris (Šráčková, 2004).

Za zmínku stojí i samotný vývoj kojeneckých láhví a saviček. Ve 13. století byly láhve vyráběné z kravských rohů, na kterých byly našité savičky z kůže nebo sušených kravských struků. V Německu a Itálii byly láhve dřevěné, kožené, později cínové. Skleněnou podobu měly až v 19. století, přestože již Egypťané foukali sklo 300-200 l. př. n. l. Existovaly láhve bez savičky a se savičkou, kdy materiálem byla kůže, korek, dřevo, struky, slonová kost, cín, stříbro a guma (Fendrychová, 2011).

První závod na výrobu kojenecké výživy byl v českých zemích vybudován a uveden do provozu v roce 1936 v Moravském Krumlově, druhý v roce 1942 v Hlinsku. Postupně došlo k potlačení systému kojení a kojných a prudkému rozvoji umělé výživy. Velkým zastáncem této výživy se stal i profesor Švejcar, který však na sklonku svého života své postoje k umělé výživě změnil a českým ženám se dokonce za své názory omluvil. Stal se horlivým propagátorem kojení a zavádění systému rooming-in do klinické praxe (Šráčková, 2004).

Se začátkem výroby umělých formulí se snížila potřeba kojných. Systém kojných byl zatlačován pozvolna do pozadí a krmení z láhve se zvláště v dobře situovaných rodinách stávalo módou.

Když byl v roce 1980 objeven HIV a další viry, které mohou přestoupit do mateřského mléka, éra kojných v evropských zemích i v USA skončila docela. Od roku 1987 není v České republice dovoleno kojit dítě cizí matkou či krmit je cizím neošetřeným mateřským mlékem.

Pokud ale dítě nemohlo být kojeno, tak byla snaha poskytnout plnohodnotnou náhradu. K tomuto účelu začaly vznikat banky mateřského mléka (Šráčková, 2004).

Banky mateřského mléka

První, kdo formuloval myšlenku o konzervaci mateřského mléka, byl pražský pediatr Epstein. Bylo to v roce 1907 a za 2 roky vznikla banka mateřského 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). 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. Využití mléka z banky je nutriční (nedonošené děti, neprospívající děti, intolerance stravy, bronchopulmonální dysplazie, pooperační stavy, syndrom krátkého střeva, renální selhání, vrozené poruchy metabolismu), terapeutické (infekce, pooperační stavy, imunodeficitní stavy, orgánové transplantace, neinfekční intestinální onemocnění) a preventivní, hlavně u nekrotizující enterokolitidy, Crohnovy nemoci, kolitidy, alergií na bílkovinu kravského mléka a sóji, imunosupresivní terapie (Mydlilová, 2006).

Závěr

Zaměstnání kojných se v historii objevovalo ve všech civilizacích, protože úmrtnost matek při porodu nebo v období šestinedělí byla častá. Úmrtí matky nebylo vždy ale důvodem najmutí kojné. Často hrály roli i další faktory. Hlavně to byly faktory sociální, politické nebo náboženské. Profese kojné fungovala až do 20. století, kdy byla nahrazena umělou výživou a později bankami mateřského mléka.

Použitá literatura

- [1] DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
- [2] HANÁKOVÁ, T. *Historie kojení, jak to bylo, jak to je* [online]. Gynekologická ordinace [cit. 2012-01-21]. Dostupné na WWW: <http://www.hanakovagynekologie.wz.cz/10_04.html>.
- [3] FENDRYCHOVÁ, J. 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3940-3.
- [4] Folia Medici. 1935. Praha: *Farmaceutické závody*, 1935.
- [5] FISHER, L. 1924. *Žena, matka, dítě*. Praha: B. Kočí, 1924.
- [6] MATULNÍKOVÁ, L. 2011. *Vývoj profesie porodnej asistencie a zmeny jej postavenia v historickom kontexte*. In Sborník z konferencie Historie ošetrovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence. Zlín: UTB, 2011. ISBN 978-80-7454-121-6. s. 105–135.
- [7] MYDLILOVÁ, A. 2006. *Banky mateřského mléka v ČR*. *Pediatric pro praxi*, ročník 7, č.1, 2006.
- [8] RUBEŠKA, V. 1910. *Porodnictví pro babičky*. Praha: Karel Pitter, 1910.

- [9] ŠRÁČKOVÁ, D. 2004. *Historie kojení I*. Praktická gynekologie, moderní časopis pro gynekology a porodníky. 2004, roč. 3, č. 3, s. 22–24. ISSN: 1211-6645.
ŠRÁČKOVÁ, D. 2004. *Historie kojení II*. Praktická gynekologie, moderní časopis pro gynekology a porodníky. 2004, roč. 3, č. 4, s. 26–28. ISSN: 1211-6645.
- [10] VACKOVÁ, J., KOŽÍŠKOVÁ, F. 1926. *Péče o dítě*. Česká Třebová, 1926.

Kontakt

Mgr. Vlasta Dvořáková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
e-mail: dvorakvl@vspj.cz

VÝVOJ VÝUKY PORODNÍCH ASISTENTEK OD ROKU 1930 – DOSUD V PARDUBICÍCH

Věra Erbenová

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Abstrakt

Přednáška se zabývá porovnáním vývoje obsahu vzdělávání od vzniku organizované výuky porodních asistentek. Podkladem pro tuto analýzu byly dostupné učební plány pro výuku porodních asistentek. Sledovala jsem vývoj jednotlivých teoretických předmětů a jejich hodinovou dotaci a totéž v návaznosti na praktické předměty.

Klíčová slova

Výuka, porodní asistentka, ženská sestra, učební plán, učební osnova.

THE DEVELOPMENT OF MIDWIFERY EDUCATION SINCE 1930 - STILL IN PARDUBICE

Abstract

The lecture deals with the comparison of the content development of education from teaching midwives. The basis for this analysis were available curricula for teaching midwives. I watched the development of theoretical subjects and their hours and the same for practical subjects.

Key words

Teaching, midwife, female nurse, curriculum, curriculum.

Úvod

Příspěvek je zaměřen na porovnání výuky porodních asistentek v letech 1950 – dosud dle dostupných základních pedagogických dokumentů pro výuku porodních asistentek v Pardubicích. Příprava na profesi porodní asistentky má dlouhodobou historii. Vzdělávání prošlo během doby velkými změnami. Vliv na vzdělávání má rozvoj teoretických oborů v ošetrovatelství, lékařských oborů, vědy a techniky, ale též společenské a politické uspořádání společnosti a požadavky na vzdělání v jednotlivých profesích.

Analýza

Pro srovnání vývoje vzdělávání porodních asistentek byly použity dostupné studijní programy z roku 1952, 1972, 1988, 1996, 2006.

Výuka porodních asistentek má v Pardubicích dlouhodobou tradici. Už v roce 1930 byl založen Státní ústav pro vzdělání a výcvik porodních asistentek pod vedením MUDr. Cyrila Gály. Žákyně přijímané ke studiu musely mít ukončenou třetí třídu měšťanské školy. Pokud

žákyně absolvovala jinou školu (průmyslovou, hospodářskou, lyceum...) musela vykonat přijímací zkoušky. Žadatelka musela předložit revers, jímž se zavazovala, že bude vykonávat porodnickou praxi v příslušné obci, která výcvik žadatelky žádá. Výcvik trval 10 měsíců a nesměl být kratší. Byl rozdělen na čtyři období: první – končí stejně jako následující prospěchovou zkouškou, čtvrté závěrečnou zkouškou. Žákyně, které nevykonaly prospěchovou zkoušku, ji mohly opakovat pouze jednou, potom byly z ústavu vyloučeny. Závěrečnou zkoušku mohly opakovat také jedenkrát, výjimečně se souhlasem ministerstvem zdravotnictví ještě podruhé. Vyučování probíhalo podle osnovy, která rozeznávala předměty hlavní a vedlejší. (2)

Hlavní vyučovací předměty v padesátých letech minulého století byly: Porodnictví (nauka o pravidelném těhotenství, porodu, šestinedělí, přísluže lékaři při ošetřování těhotných, rodiček a nedělek, samostatné pomoci v případě pravidelných i patologických), Kojenectví (nauka o samostatné pomoci při ošetřování novorozenců a kojenců jak při normálním, tak patologickém průběhu a přísluže lékaři při těchto stavech). Vedlejší předměty byly Pomocné nauky, potřebné pro další vyučování (nauka o asepti, antiseptice, desinfekci těla a předmětů, anatomie a fyziologie člověka, zejména se zřetelem na organismus ženy), Nauka o ženských pohlavních nemocech (zejména pokud mají vztah k plodnosti, zdraví ženy a veřejnému zdravotnictví), Nauka o obecném zdravotnictví a první pomoci (pokud mají vztah a jsou žádoucí pro výkon pomocné praxe porodnické), Nauka o zákonech a jiných právních předpisech. Všem těmto předmětům se vyučovalo teoreticky i prakticky. Po úspěšně absolvované zkoušce a složení slibu byl absolventkám vydán diplom. Každá porodní asistentka dále byla povinna po pěti letech od vydání diplomu a pak vždy po dalších 10 letech, nebo pokud přerušila praxi nejméně na tři roky, se zúčastnit opakovacího kursu. Posluchačky byly z celé republiky a celkem v letech 1930 – 1948 absolvovalo studium 450 žen. (2, 5)

Státní zdravotní ústav v roce 1950 zanikl. Doba studia v dalších letech byla čtyřletá. První dva roky byly společné pro zdravotní pracovníce, dětské sestry, ošetřovatelky, porodní asistentky a sociální pracovníce. První maturity po čtyřletém studiu porodnické větve proběhly v roce 1951 a ukončilo je 23 absolventek. (3, 4)

Po roce 1960 byl obor otevřen opět jako dvouleté studium. Od roku 1965 byl název studijního oboru přejmenován na Ženská sestra. Důvodem bylo rozšíření kompetencí porodních asistentek o péči o gynekologicky nemocné ženy. Do této doby pracovaly porodní asistentky výlučně na porodních sálech, oddělení šestinedělí a na odděleních patologického těhotenství. Studium bylo organizováno jako dvouletá nástavba pro absolventky gymnázií.

V této době bylo organizováno v Pardubicích též jednoleté pomaturitní studium oboru Ženská sestra pro absolventky oborů zdravotní sestra a dětská sestra. Studium probíhalo dálkově externě. Dle počtu a zájmu uchazeček, které měly maturitu v oboru zdravotní sestra nebo dětská sestra se studium otevíralo. Konkrétně bylo otevřeno v roce 1966, 1969, 1971, 1981, 1988 a 1990. Studentky absolvovaly celkem 210 konzultačních hodin. Vyučovacími předměty byly: Psychologie ženy (15 hodin), Gynekologie (30 hodin), Porodnictví (55) hodin a péče o ženu (110 hodin). Na závěr každého pololetí se skládaly zkoušky ze všech předmětů. Též se

zúčastnily v předmětu Péče o ženu odborné praxe na porodnicko-gynekologických odděleních. V prvním ročníku to bylo 3 dny soustředění po 7 hodinách denně. Studium bylo zakončeno maturitou, podmínkou bylo 15 samostatně vedených porodů. Během těchto let prošlo studiem celkem 100 absolventek. (6)

Dle dochovaných studijních plánů z roku 1972 byl obsah učiva pro dvouleté studium rozdělen na předměty povinné a nepovinné. Podmínkou pro ukončení studia bylo úspěšné vykonání maturitní zkoušky, která se sestávala z praktické a teoretické části a samostatného vedení 16 porodů. Poslední porod byl klasifikační. Vzhledem k náročnosti podmínek studia, bylo možno tento obor zřizovat na středních zdravotnických školách, které provozovaly praxi v tehdejších Ústavech národního zdraví III. typu. V rámci zastupitelnosti mohla v této době pracovat ženská sestra i na odděleních interních, chirurgických a dětských. Mezi povinné předměty se počítaly: Latinský jazyk, Branná a Tělesná výchova, do odborných předmětů: Somatologie, Patologie, Mikrobiologie, epidemiologie a hygiena, Gynekologie, Porodnictví, Vnitřní lékařství, Organizace zdravotnictví, Právní nauky, První pomoc, Psychologie, Klinická propedeutika, Chirurgie, Pediatrie, Neurologie a psychiatrie, Ošetřovatelství, Ošetřování nemocných, Péče o ženu, která zahrnovala odbornou praxi. Mezi nepovinné předměty patřil ve 2. ročníku Latinský jazyk, Konverzace ve volitelném jazyce, Sportovní hry, Psaní na stroji, Cvičení z výpočetní techniky.

Porovnáním časové dotace odborných předmětů a praktické výuky získávaly studentky dvouletého studia kvalitnější odborné vzdělání v kratším čase než ve čtyřletém studiu. Počet hodin odborné praxe se blížil 50 % celkové doby výuky. Nezanedbatelná je též sociální vyzrálость absolventek. V tomto studijním programu dochází ke změně názvu profese z porodní asistentky na ženskou sestru. Studijní program z roku 1972 poskytoval základní kvalifikační vzdělání již pouze po ukončeném středoškolském studiu. Výuka studentek nebyla zaměřena pouze na výkony, ale objevuje se v ošetřovatelských předmětech nový termín – potřeby ženy a jejich uspokojování, konkrétně v předmětu Péče o ženu. Studium bylo ukončeno maturitou z předmětů Porodnictví a gynekologie a Vnitřní lékařství. Před teoretickou maturitní zkouškou, byla zkouška praktická a musel být odveden příslušný počet porodů s klasifikačním porodem. (6)

V roce 1988 byly studijní předměty obdobné. Studium bylo zakončeno maturitní zkouškou jak praktickou, tak teoretickou. Sylaby předmětů jsou podrobně rozepsány, jsou uvedeny výukové metody a výsledná kritéria. Podmínkou přijetí byly přijímací zkoušky a úspěšně absolvovaná maturita na jakékoliv střední škole. Studentky jsme tedy měly i např. po střední elektrotechnické škole, střední stavební škole a podobně. (7)

V roce 1992 byl studijní obor opět nazván Porodní asistentka, byl koncipován ve dvouleté denní formě pomaturitního studia. Absolventka byla připravena pro uplatnění v preventivní a ošetřovatelské péči o ženu ve státních i nestátních zařízeních. (8)

V etapě transformace pomaturitního studia na Vyšší odborné školy v roce 1996 schválilo Ministerstvo školství a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví tříletý vzdělávací program a již v roce 1996 - 1997 byl otevřen 1. ročník studijního oboru Diplomovaná porodní asistentka. Výuka v jednotlivých ročnících byla rozdělena na zimní a letní období, která byla ukončena zkouškovým obdobím. Období se členila na jednotlivé

teoretické bloky a klinickou praxí. Počet hodin odborné praxe byl posílněn a blížil se padesáti procentům celkové doby výuky. Závěrečná zkouška – absolutorium se skládala z obhajoby absolventské práce, z teoretické zkoušky z odborných předmětů a nutnou podmínkou bylo dokladování nejméně 30 samostatně odvedených porodů. Je stále zachována mezipředmětová návaznost mezi teorií a praxí. (9)

V roce 2002 byl založen Ústav zdravotnických studií při Univerzitě Pardubice. Výuka porodních asistentek probíhala formou bakalářského studijního programu Ošetřovatelství R5341 ve studijním oboru Porodní asistentka. Vlastní výuka začala 19. 9. 2002. Tvorba studijního programu vycházela ze zkušeností a dlouholeté tradice a zároveň respektovala požadavky EU, které stanovují věk uchazeče a dosažené vzdělání, 4 600 výukových hodin, obsah studia a zastoupení jednotlivých předmětů, padesátiprocentní poměr teoretické a praktické výuky. (10)

V roce 2007 proběhla transformace Ústavu zdravotnických studií na Fakultu zdravotnických studií. Reakreditace studijního oboru Porodní asistentka byla podána k 16. červenci 2009 a byla připravena dle Metodického pokynu k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR 39/2005 Sb. Základními změnami byly změny v náplni teoretické i praktické výuky, logičtější návaznost probíraného učiva, akreditovaná zdravotnická pracoviště pro odbornou praxi, výstupní požadavky. V současnosti tedy výuka porodních asistentek v Pardubicích pokračuje v bakalářském a následně i magisterském studiu na: Katedře porodní asistence a zdravotně sociální práce a nabízí dva bakalářské studijní obory v prezenční formě. Jedná se o studijní program Porodní asistence, obor Porodní asistentka a tříletý bakalářský studijní program Zdravotně sociální péče, obor Zdravotně-sociální pracovník.

V letošním akademickém roce jako první univerzita v České republice zahájila FZS UPa výuku v dvouletém navazujícím magisterském studijním programu Specializace ve zdravotnictví, studijním oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví v prezenční formě. Nově vzniklý studijní obor je určen absolventům bakalářského studijního oboru Porodní asistentka. Cílem katedry je připravovat a realizovat studijní programy umožňující získání vzdělání a profesní kvalifikace k výkonu zdravotnického povolání v souladu s kritérii a požadavky Světové zdravotnické organizace. Snahou je rozšiřovat nabídku studijních programů a oborů tak, aby respektovala potřeby a požadavky praxe.

Závěr

Obsah vzdělávání v oboru porodní asistentka dosáhl během šedesáti uplynulých let významných změn. Kladně bych viděla v průběhu let navýšení hodin praktické výuky a její propojení s teoretickou výukou. Dosažené znalosti dnešních porodních asistentek vycházejí z evropské strategie Světové zdravotnické organizace pro vzdělávání. Porodní asistentka musí být schopna v současné době samostatně poskytovat individuální péči a oporu ženě v období zdraví, fyziologického těhotenství, fyziologického porodu, šestinedělí a při péči o fyziologického novorozence. Na základě získaných vědomostí z ošetřovatelství, medicínských a humanitních věd a praktických dovedností získaných v odborné klinické praxi, hodnotí aktuální stav a biopsychosociální potřeby ženy v období zdraví, fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí a potřeby vzniklé v průběhu nemoci nebo v různých

životních situacích. Dochází k úplnému vzdělávání porodních asistentek v evropské unii a toto vzdělávání umožňuje porodním asistentkám uplatnit se nejen v naší republice, ale též v rámci Evropské unie.

Použitá literatura

- [1] Archiv Střední zdravotnické školy Pardubice
- [2] Soukromý archiv autorky
- [3] Státní archiv Pardubice
- [4] TICHÝ, J. *Pamětní spis v.v. okresní nemocnice v Pardubicích* (regionální studovna pardubické krajské knihovny), vydal Okresní výbor v červnu 1931.
- [5] VACHKOVÁ, E., BERÁNKOVÁ, S., HERMANOVÁ, A. *Historie a vzdělávání porodních asistentek v Pardubicích (1930 – 2003)*. Sestra. Praha: 2004. roč. 14. č. 9, s. 56-57. ISSN 1210-0404.
- [6] Ministerstvo zdravotnictví ČSR, Soubor učebních osnov odborných předmětů pro obor ženská setra, kód 55 – 26 – 6, Brno: UDVPZ, 1972. Výrobní číslo 539/72.
- [7] Ministerstvo zdravotnictví ČSR, Základní pedagogické dokumenty pro střední zdravotnické školy studijní obor ženská setra, kód 53–03–6, Praha: SPN, 1987.
- [8] Ministerstvo zdravotnictví ČSR, Základní pedagogické dokumenty pro střední zdravotnické školy, studijní obor porodní asistentka, kód 53–03–6, Brno: IDVPZ, 1992, Výrobní číslo 14c/92.
- [9] Ministerstvo zdravotnictví ČSR, Základní pedagogické dokumenty pro vyšší zdravotnické školy, studijní obor diplomovaná porodní asistentka, kód 53-53-7, Brno: IDVPZ, 1996.
- [10] Ministerstvo zdravotnictví ČR, Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, 2000. ISBN 80-85047-20-9

Kontaktní údaje

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

MOŽNOSTI ZAVEDENIA VALIDÁCIE DO PRAXE

Eva Ferková

Caritas, Viedeň, Rakúsko

Abstrakt

Validácia je moderná disciplína zameriavajúca sa na možnosť komunikácie s pacientom s diagnózou Alzheimerova demencia. Metódu komunikácie objavila a prepracovala v USA Naomi Feil. Táto metóda je akceptovaná a používaná vo viacerých krajinách sveta, napr. v Európe sa využíva v 11 krajinách. Validácia ako komunikačný spôsob pomáha pochopiť svet a správanie pacienta s touto diagnózou nielen ošetrovateľskému personálu, ale aj rodinným príslušníkom a známym. Odborná, ako aj laická verejnosť na Slovensku je o tejto možnosti komunikácie minimálne informovaná. Cieľom tohto príspevku je poskytnúť základné informácie o validácii a jej komunikačných technikách, ako aj o možnostiach a spôsoboch uplatnenia validácie v krajinách, v ktorých validácia zavedená nie je.

Kľúčové slová

Alzheimerova demencia, Naomi Feil, validácia, rodinná starostlivosť, techniky komunikácie.

POSSIBILITIES OF INTRODUCING VALIDATION INTO PRACTICE

Abstract

Validation is a modern discipline aiming on the improved possibility to communicate with patients suffering from Alzheimer disease. The validation method was first discovered and worked out by Naomi Feil from the United States. This method is accepted and utilized in several countries around the world. For instance, in Europe, this method is used in 11 countries. Validation as a communication technique helps not only the nursing personnel but also the family members and friends to understand the inner world and behavior of the patient with this diagnosis. In Slovakia the information about this communication technique is absent at the expert as well as non-expert level. The aim of this report is to provide same basic information about validation and it's communication techniques as well as the possibilities of it's implementation in countries where this technique is not used so far.

Keywords

Alzheimer demency, Naomi Feil, validtion, family caregiving, communication techniques.

Úvod

Populácia s demenciou na celom svete neustále narastá. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie patrí demencia Alzheimerovho typu (ďalej len „DAT“) medzi desiatku najčastejších smrteľných ochorení. Aj napriek tejto skutočnosti sa DAT a jej vplyvu na jednotlivca, rodinu i spoločnosť venuje relatívne malá pozornosť. Ľudstvo zatiaľ nepozná

žiaden liek, žiadne účinné preventívne opatrenia, ktoré by zabránili vzniku tohto ochorenia. Lekári však už vedia definovať jeho klinické príznaky, popísať jeho nástup, prejavy a prognózu. Je zrejmé, že čím je liečba DAT zahájená skôr, tým je väčšia šanca na zmiernenie jej priebehu.

Vykonávanie praktických úkonov s dementným pacientom je mnohokrát komplikované a značne obmedzené nesprávnou komunikáciou. Jednou z priorít ľudí pracujúcich s dementne chorými je skvalitňovanie komunikácie aj prostredníctvom tzv. validačnej metódy. Validácia je dorozumievací systém využívajúci špecifické techniky, ktoré redukujú stresové zaťaženie dementného človeka i ošetrojúceho personálu a pomáhajú skvalitňovať spolužitie, komunikáciu a spoluprácu medzi pacientom, rodinnými príslušníkmi a ošetrovateľským personálom. Táto metóda je určená nielen pre ošetrojúci personál, ale aj pre rodinných príslušníkov, ktorí sú v častom kontakte s dementnými starými ľuďmi.

Možnosti a praktické využitie validácie si už overili v mnohých krajinách sveta, len v Európe sa validácia používa vo viacerých krajinách, medzi ktoré patria Nemecko, Rakúsko, škandinávské krajiny, Holandsko, Francúzsko, Belgicko, Taliansko a Anglicko. Na Slovensku využitie validácie absentuje. Ako tento stav zmeniť, podporiť alebo zlepšiť informovanosť verejnosti laickej ako i odbornej? Ktoré možnosti sa môžu implementovať na Slovensku rovnako ako v krajinách v ktorých sa validácia už využíva?

Naomi Feil

Zodpovedanie otázok o validácii nie je možné bez toho, aby sa nezmienilo o zakladateľke validačnej metódy Naomi Feil. Narodila sa v roku 1932 v Mníchove. Keď mala štyri roky, s rodičmi sa presťahovala do mesta Cleveland v Ohio, kde jej rodičia prevádzkovali domov dôchodcov Montefiore. Neskôr na Kolumbijskej Univerzite v New Yorku získala titul Masters Degree pre sociálnu prácu.

Po získaní titulu sa vrátila pracovať k rodičom do Clevelandu. Veľmi skoro pochopila, že tradičné metódy, ktoré sa využívali v práci s veľmi starými dezorientovanými ľuďmi, sú neuspokojivé. Z tohto dôvodu začala skúmať a zavádzať nové spôsoby komunikácie a práce s dezorientovanými starými ľuďmi. Od roku 1963 do roku 1980 vyvinula validačnú metódu, ktorú v roku 1982 popísala a knižne vydala pod názvom „Validácia, cesta k porozumeniu dezorientovaných starých ľudí“. Túto knihu prepracovala v roku 1992 (Feil, 2005, s. 13). Naomi Feil napísala viacero publikácií, ktoré nás oboznamujú s metódou validácie. Spolu so svojím manželom natočila aj niekoľko filmov o dezorientovaných, dementných starých ľuďoch a o príkladoch použitia validácie v praxi (Feil, 2005, s. 14).

Čo je validácia

Ďalšia otázka, na ktorú treba zodpovedať je „čo je vlastne validácia“. Popisuje ju niekoľko definícií. Latinské slovo validus je možné preložiť ako silný a anglický pojem valid znamená platný; „vyhlásiť za platné“.

Podľa Stuhlmanna je validácia komunikačná technika, ktorá pomáha sprístupňovať svet ľuďom s demenciou (Stuhlmann, 2004, s. 58).

Validácia je inak definovaná ako verbálna a neverbálna komunikačná forma s praktickými technikami, pri ktorých značne zavážia subjektívne pocity dementne chorého človeka, pomocou ktorých nastane v jeho svete prežívania viac pochopenia. Komunikácia s dementne chorým je zameraná najmä na vzťahovú rovinu, menej sa uskutočňuje na rovine obsahovej (Radzey, 2006, s. 36).

Validácia je taktiež komunikačná metóda so špeciálnym prístupom k ľuďom s demenciou, ktorý uľahčuje zaobchádzanie s dementným človekom (Scharb, 2005, s. 23).

Princíp tejto metódy spočíva v empatických reakciách k pocitom dementného jedinca tak, aby bola využitá verbálna a neverbálna komunikačná technika, ktorá pomáha pochopiť dementného človeka. V týchto prístupoch ide mnohokrát o upustenie od orientácie sa v realite a následnom nedohovaraní alebo nevracaní dementného do reality. Naopak validácia akceptuje ponímanie reality dementného človeka. Jej cieľom je ponechať dementnému človeku jeho sebedovetie, podľa možnosti sa pokúsiť o zdôvodnenie a riešenie jeho prežitého života, konfliktov, ktoré v ňom ostali nevyriešené (Feil, 2005, s. 17).

Validačná príprava

Základný postoj ošetrojúceho personálu v zmysle validácie spočíva v jeho schopnosti pochopenia vnútorného sveta dementného človeka a schopnosti pomenovať jeho pocity:

- dokázal sa vcítiť do sveta dementného pacienta,
- naučil sa chodiť v „topánkach dementného človeka“.

Validujúci by mal byť v prvom rade empatický, mal by dokázať vytvoriť pri validácii príjemnú atmosféru, ktorá je plná dôvery a porozumenia. Vedieť uplatniť v praxi verbálne ako aj neverbálne validačné techniky. Splniť tieto podmienky je niekedy veľmi náročné. Validujúci má mať na pamäti niekoľko kritérií ako otvorenosť a akceptovateľnosť. - Je to tá najlepšia cesta, ako udržať nerušenú atmosféru pri validácii. Validujúci má ukázať schopnosť akceptovať všetky názory a byť otvorený pre rôzny priebeh udalostí, ktoré pri validácii môžu nastať. Pokiaľ je to možné, tak by sa malo validovať v nerušenom prostredí. Dementných ľudí často odpútava od validácie hluk z vedľajšej miestnosti alebo z vonkajšieho prostredia. Preto je dobré pred validáciou skontrolovať do akej miery v miestnosti, v ktorej sa bude validácia uskutočňovať, prevládajú rušivé faktory. Pokiaľ je to možné, validujúci by ich mal pre dobrý priebeh validácie ešte pred jej začiatkom odstrániť. (Feil, 2007, s. 14).

Vzdelávacie programy

Na porovnanie možnosti pre validáciu v Rakúsku. Školenia sú schválené zákonom § 63 GuKG, BGB1.I Číslo 108/1997 a zákonom o ďalšom vzdelávaní GuK-WV, BGB1.II číslo 453/2006 (Wienerroteskreuz, 2008, s. 4).

Inštitúcie pre vzdelanie, ako aj samotné pracoviská, vytvárajú možnosti kurzov, školení, rekvalifikačných kurzov, rôznych programov, v ktorých je možné vyškolenie na potrebnú úroveň, ktorú práca s dementnými pacientmi vyžaduje. Ako ukážku vyberám niektoré príklady systému zaškolenia:

Validačné vzdelávacie programy majú viac stupňov výučby:

1. stupeň: Používateľ validácie,
2. stupeň: Vedúci validačnej skupiny,
3. stupeň: Učiteľ validácie,
4. stupeň: Validačný expert, Majster validácie.

1. stupeň: Používateľ validácie

Školenie používateľa validácie trvá 9 mesiacov a pozostáva z piatich dvojdňových blokov teórie. Po ukončení prvého stupňa programu absolvent dosiahne certifikát používateľa validácie. Medzi teoretickými blokmi učenia absolvujú študenti praktické cvičenia priamo na oddeleniach, kde zbierajú praktické skúsenosti v odbore. (Validation-eva, 2008).

2. stupeň: Vedúci validačnej skupiny

Vzdelávanie vedúceho validačnej skupiny pozostáva z troch teoretických tréningových blokov, ktoré sú rozložené do 6. až 9. mesiacov. Medzi blokmi získavajú študenti praktické skúsenosti vo validačných skupinách. Za každým blokom nasleduje deň supervízie. Študenti na konci štúdia získavajú certifikát, musia však predložiť:

- dôkaz o ukončení skúšok pre používateľov validácie,
- výkaz o pravidelnej dochádzke na teoretickú a praktickú časť vzdelávania,
- polročnú dokumentáciu, v ktorej je uvedený postup a práca vo validačnej skupine,
- a absolvovať písomné i praktické skúšky – praktické skúšky môžu byť zachytené na video.

Po skončení vzdelávania má absolvent možnosť pracovať ako vedúci validačnej skupiny a poskytnúť pomoc pri praktickej časti pre absolventov prvého stupňa .

3. stupeň: Učiteľ validácie

Vzdelávanie učiteľa validácie pozostáva z dvoch dvojdňových tréningových blokov. Študenti majú za úlohu rozpracovať svoj vlastný program, pri ktorom im pomáha ich učiteľ.

Pre štúdium tretieho stupňa musí uchádzač splňať nasledovné podmienky a musí mať:

(Validation-eva, 2008)

- ukončené skúšky na vedúceho validačnej skupiny,
- ukončené pedagogické vzdelanie,
- doklad o absolvovaní pravidelnej dochádzky na teoretickú a praktickú časť školenia,
- doklad o ukončení písomných a praktických skúšok.

Na konci štúdia študenti získavajú certifikát učiteľa validácie pre prácu v Autorizovanej validačnej organizácii - skratka AVO.

4. stupeň: Validačný expert, Majster validácie

Certifikát validačného experta alebo validačného majstra sa poskytuje len po úspešnom ukončení predošlých troch stupňov vzdelania a splnení nasledovných kritérií:

- uchádzača nominujú alebo podá písomnú žiadosť,
- je navrhnutá nominácia autorizovanou validačnou organizáciou,
- komisia kladne ohodnotí splnenie kritérií pre udelenie certifikátu kandidátovi.

Platnosť tohto certifikátu je stanovená na päť rokov, potom sa podáva nová nominácia, alebo žiadosť (Validation-eva, 2008).

Okrem tohto vzdelanostného programu je možnosť ďalšieho vzdelávania pre používateľov validácie rôznej úrovne.

Kurz validácie podľa Naomi Feil - stupeň 1:

Je praktizovaná v školiacom stredisku Červeného kríža vo Viedni.

Pozostáva z piatich blokov, doba trvania jedného bloku trvá desať dní. Bloky sú rozložené v období 9 až 12 mesiacov. Počas tohto obdobia absolvuje poslucháč praktické cvičenia, kde zbiera praktické skúsenosti v danej oblasti.

Poslucháč si osvojí:

- základy validácie,
- rozpoznávať psychologickú, emocionálnu a telesnú charakteristiku v štyroch fázach dezorientácie podľa Naomi Feil,
- validačné techniky,
- rozoznávať spoločné a rozdielne prvky z validácie a iných metód ako sú napr. orientácia v realite, práca s pamäťou, bazálna stimulácia, a opakovaná motivácia.

Poslucháč po ukončení kurzu získa certifikát 1. stupňa a môže pracovať ako validačný pracovník, ktorý vypracováva prezentácie pre malé skupiny (Wienerroteskreuz, 2008, s. 4).

Validácia podľa Naomi Feil - stupeň 2:

Školenie pozostáva zo šiestich tréningových dní, ktoré sú rozložené v období 6 až 9 mesiacov. Pre stupeň 2 je potrebné predložiť certifikát o ukončení stupňa 1. Uchádzač musí preukázať schopnosť a pripravenosť zostaviť validačnú skupinu a riadne ju zdokumentovať.

Poslucháč si osvojí:

- základy skupinovej pedagogiky,
- praktické cvičenia validácie,
- zdokonaľovanie sa vo validačných technikách a teóriách
- zostavenie, vedenie a dokumentovanie validačnej skupiny.

Poslucháč po ukončení kurzu získa certifikát 2. stupňa a môže pracovať ako vedúci validácie. Má oprávnenie poskytnúť pomoc poslucháčom 1. stupňa v praktickej časti školenia, kedy predovšetkým poskytuje o uchádzačoch tzv. feedback.

Validácia podľa Naomi Feil - stupeň 3: Učiteľ validácie

Po ukončení tohto stupňa štúdia získa absolvent certifikát učiteľa validácie. Predpokladom pre tento stupeň je certifikát o ukončení 2. stupňa školenia a pedagogické minimum. Kurz pozostáva z dvoch trojdňových blokov (Wienerroteskreuz, 2008, s. 4).

Poslucháč absolvuje alebo si osvojí:

- teóriu zameranú na učebné prúdy podľa Freuda, Jung, Rogers, Piaget, Erikson, Penfield a iných,
- pedagogiku a didaktiku,
- tréningové hodiny validácie ,
- postupy v zložitých situáciách vo validačných skupinách a vo validácii pre jednotlivcov,
- edukáciu a možnosti podpory ošetrovujúcich rodinných príslušníkov.

Záver

V priebehu rokov sa rozdelenie demencie menilo podľa autorov, psychiatrických smerov alebo podľa súčasných poznatkov vedy. Napriek rozdielnej diferenciacie demencie tvorí najväčšie percento z nej práve Alzheimerova choroba. Práca s ľuďmi postihnutých touto chorobou je veľmi náročná po duševnej, ale aj po telesnej stránke. Vyžaduje si od zdravotníckeho personálu veľa empatie. Náročnosť práce s takýmto pacientom sa týka nielen zdravotníckych pracovníkov, ale aj rodinných príslušníkov. Postoj a chovanie rodiny k samotnému pacientovi býva rozdielny. Od pochopenia, dohovárania, až po bezradné správanie a nepochopenie zo strany najbližších. Pre rodinných príslušníkov je mnohokrát dôležitá a nápomocná edukácia zo strany zdravotníckeho personálu. Kde vznikne lepšia informovanosť rodinných príslušníkov o chorobe, jej fázach, možných komplikáciách, ako aj možnostiach zlepšenia stavu, možnostiach vychádzať a vyťažiť z poznatkov čo najviac pre čo najlepšiu komunikáciu a prácu s demencie chorým pacientom.

Komunikácia s dementným pacientom býva náročná, často zamrzne na jednom bode alebo je vedená do odpovedí, ktoré od pacienta neočakávate. V takom prípade pomáha komunikačný spôsob validácie. Tento postup usmerní zaškolený ošetrovateľský personál, ale aj rodinných príslušníkov, akým smerom sa má rozhovor s pacientom uberať ďalej. Naučí pochopiť správanie a vyjadrovanie pacienta, usmerní ako chápať jeho vyjadrovanie v symboloch.

V praxi v krajinách, v ktorých je už validácia niekoľko rokov zaužívaná, prináša pre pacienta ošetrovateľský personál, ako aj rodinných príslušníkov úľavu a viac pochopenia. Mnohokrát učí vnímať, chápať, poznávať a hlavne komunikovať s pacientmi s touto diagnózou.

Odporúčanie pre prax

Napriek už pomerne známemu spôsobu komunikácie a dlhodobej aktívnej praxi v Európe, informovanosť o validácii na Slovensku ako aj v Čechách absentuje. Pomocou týmto krajinám môže byť aj to, že okolité krajiny majú s týmto spôsobom práce s dementnými pacientmi dlhoročné skúsenosti, takže čerpanie postrehov, vyvarovania sa počiatočných chýb, ako aj vhodný spôsob zaškolovania, by sa dalo aplikovať aj na podmienky v týchto krajinách. Na škodu veci slúži len to, že sa ešte tak nestalo.

Použitá literatúra

- [1] Feil, N. *Validation Ein Weg zum Verständnis verwirter alter Menschen*. 8 vyd.
- [2] München: Reinhardt, 2005, 166 s., ISBN 978-3-497-01794-2
- [3] Feil, N. *Validation in Anwendung und Beispielen*. 5 vyd. München: Reinhardt, 2007, 262 s., ISBN 978-3-497-01687-7
- [4] Feil, N. *Validation Trainingsprogramm*. München: Reinhardt, 2005, 55 s., ISBN 3-497-01558-X
- [5] Stuhlmann, W. *Demenz- wie man Bindung und Biographie einsetzt* München: Reinhardt, 2004, 149 s., ISBN 3-497-01724-9

Internetové adresy

- [6] www.validation-eva.com/de/21_februar 2008
- [7] www.WIENERROTESKREUZ.AT, marec 2008
- [8] www.validation-eva.com/de/21_februar 2008
- [9] http://www.lazarus.at/img_uploads/2825-VortragScharbBrigitte.pdf

Adresa autora

Korešpondenčná adresa

Eva Ferková, Novomeského 20, 902 01 Pezinok, Slovensko
Telefón: 00421 905/ 037144, 0043 699 533504

Pracovná adresa

Caritas Haus St. Barbara, Erlaaer Platz 4, 1230 Wien, Rakúsko

e-mail: ferkova.eva@gmx.net

VYUŽITIE VOJTOVEJ METÓDY V RESPIRAČNEJ FYZIOTERAPII U PACIENTOV PO ÚRAZE MIECHY V KRČNEJ OBLASTI

Marcel Gaľa¹, Elena Žiaková², Zuzana Šajterová²

¹ Spinálna jednotka, Krajská nemocnica Liberec

² FO a ZOŠ, Katedra fyzioterapie SZU, Bratislava

Abstrakt

Naša práca je zameraná na využitie reflexnej lokomócie podľa Vojtu k ovplyvneniu respiračných funkcií. Cieľom práce bolo analyzovať dynamické respiračné parametre, pri použití terapie Vojtovou metódou. Terapia bola aplikovaná u pacientov po traumatologickom poškodení krčnej chrbtice a hospitalizovaných na Spinálnej jednotke v Krajskej nemocnici Liberec, a.s. Namerané parametre sme v závere štatisticky vyhodnotili.

Kľúčové slová

Reflexná lokomócia podľa Vojtu, Poranenia krčnej chrbtice, Lézia miechy, Ovplyvnenie respiračných funkcií.

THE USE OF VOJTA METHODS IN PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS AFTER CERVICAL SPINAL CORD INJURY

Abstract

Our work has been focused on the use of reflex locomotion according to Vojta to influence respiratory function. The goal was to analyze the dynamic respiratory parameters using Vojta therapy method. Therapy was applied in patients after spinal cord injury traumatological and hospitalized for spinal unit in the Regional hospital Liberec. The measured parameters were statistically evaluated at the end.

Key words

Reflex locomotion according to Vojta, Spinal cord injury, Spinal cord lesions, Effect on respiratory function.

Úvod

Počet pacientov s poranením miechy každým rokom rastie. Starostlivosť o pacientov s poranením miechy je náročná odborne i ľudsky, vyžaduje si rešpektovanie dôstojnosti človeka zo strany príbuzných a najmä zdravotníkov.

Etika zdravotníckych pracovníkov vychádza zo vzťahu medzi človekom trpiacim, zraniteľným a človekom pomáhajúcim (Krčméryová, Padyšáková, 2007). Pacienti s poranením miechy sú postihnutí nielen po stránke pohybovej ale od začiatku ochorenia majú problémy s dýchaním. Sťažené respiračné možnosti úzko súvisia s pocitmi strachu, úzkosti

a depresie. Časté sú problémy s komunikáciou a psychikou. Medzi telesným a duševným zdravím existuje úzka súvislosť (Musilová, 2010). Toto je len časť problémov, s ktorými sa musia pacienti so spinálnou léziou miechy denne vyrovnávať. Vyžadujú si komplexnú starostlivosť, ktorá zvyšuje kvalitu ich každodenného života. Za kritéria kvality poskytovaných služieb považujeme dostupnosť, primeranosť v súlade s úrovňou poznania, efektívnosť a bezpečnosť (Padyšáková, 2011).

Cieľ prieskumu

Cieľom práce bolo analyzovať dynamické respiračné parametre pri použití terapie Vojtovou metódou u pacientov po úraze miechy v krčnej oblasti. U skupiny pacientov po poškodení miechy (miechové poranenie, transverzálna miechová lézia, spinal cord injury) sú dysfunkcie respiračného systému častým javom. Takmer vždy je prítomná zmenená mechanika dýchania, pri lokalizácii miechovej lézie v oblasti krčnej chrbtice a navyše viazne expektorácia. U poranenia hrudnej chrbtice je často prítomná kontúzia pľúc a hrudníka (chest trauma, flailed chest). Časť pacientov má v rannom poúrazovom štádiu zavedenú umelú pľúcnu ventiláciu a následne tracheostomickú kanylu. Všetci „spinálni“ pacienti sú ohrození vznikom atelektáz, majú limitovanú samočistiacu schopnosť pľúc, čo vedie k zvýšenému vzniku bronchopneumonie. Niektoré funkčné pľúcne ukazovatele sa zväčšujú v závislosti na úrovni miechovej lézie, t.j. kaudálnym smerom na úroveň Th10: sú to napríklad dynamické pľúcne objemy (FEV1, FVC a ich pomer) a inspiračná kapacita (IC). FVC je patologicky znížená u tetraplegických pacientov (u ktorých je miechové poranenie nad úrovňou C8). Oproti tomu lézia kaudálne od úrovne Th7 až L3 (nízka paraplégia) vykazujú dynamické pľúcne objemy normálnych hodnôt (Maček, 1995).

Pľúcne objemy

- Dychový objem (TV) – je objem vzduchu vdýchnutý alebo vydýchnutý pri dychovom cykle. Priemerne má asi 500ml.
- Inspiračný rezervný objem (IRV) je objem plynu, ktorý možno vdýchnuť po pokojnom inspiriu. Tvorí asi 63% z vitálnej kapacity.
- Expiračný rezervný objem (ERV) je objem, ktorý možno ešte vydýchnuť po skončení pokojného expíria. V ľahu tvorí asi 20% vitálnej kapacity, v sede 32%, postojacky až 34% vitálnej kapacity.
- Rezervný objem (RV), je objem vzduchu, ktorý ostane v pľúcach na konci maximálneho expíria.
- Pľúcne kapacity
- Totálna kapacita pľúc (TLC) je objem plynu, ktorý obsahujú pľúca po maximálnom inspiriu, teda vitálna kapacita + rezervný objem.
- Vitálna kapacita (VC) je objem plynu, ktorý sa po maximálnom inspiriu dá úplne vydýchnuť.
- Inspiračná vitálna kapacita (IC) je objem, ktorý možno vdýchnuť po maximálnom expíriu.
- Funkčná reziduálna kapacita (FRC) je objem plynu, ktorý ostáva v pľúcach na konci normálneho výdychu (Takáč, 2004).

Prietoky a dynamické objemy

Najčastejšie sa vyšetruje forsírovaný „úsilný“ výdych vitálnej kapacity je najväčší objem vzduchu vydýchnutý pri maximálnom vôľovom úsilí (čo najviac a čo najrýchlejšie)- FVC – forced vital capacity. Úsilný výdych sa zaznamená vo forme krivky, ktorá zachytí zmeny vydychovaného objemu od závislosti na čase. Veľký význam má vypočítanie vitálnej kapacity vydýchnutej za prvú sekundu (FEV1, forced expiratory volume). Krivka forsírovaného výdychu u zdravej osoby prebieha spočiatku strmo, jej zlom nastáva až v druhej polovici vydýchnutej vitálnej kapacity. Za normálnych okolností sa za prvú sekundu vydýchne v priemere 80% vitálnej kapacity. Pri obštrukčnej ventilačnej poruche nastáva zlom v prvej tretine a jej ďalší pád je pozvoľný a pretiahnutý. Hodnota FEV je znížená, podobne ako hodnota VC. Pri reštrikčnej ventilačnej poruche je krivka nápadne strmá. Hodnoty FEV a VC sú proporcionálne znížené (Takáč,2004).

Reflexná lokomócia podľa profesora Vojtu

Vojtova metóda je neurofyziologický a vývojovo orientovaný systém s cieľom znovuobjavenia vrodených fyziologických pohybových vzorov, ktoré boli blokové postihnutím mozgu v rannom detskom veku alebo boli vďaka traume stratené. Vojtova metóda, označovaná tiež ako reflexná lokomócia, je vzhľadom k uvedenému cieľu aplikovaná k profylaxii a terapii detských pacientov s hybnými poruchami a nesprávnym držaním tela. Vojtova metóda pracuje s reflexnými vzormi, typickými pre ranný vek dieťaťa, a s ich pomocou sa snaží aktivovať motorické funkcie (Vojta, 2010). V štandardných východiskových pozíciách sa aplikujú presne definované telesné zóny (na trupe a končatinách) manuálnymi stimulmi. Tým má dôjsť k vyvolaniu zmeny držania, alebo pohybu, čo je odvodené od dvoch základných vzorov, nazývaných reflexné otáčanie a reflexné plazenie (Pavlů, 2003). Pôsobením na hrudnú zónu v reflexnom otáčaní sa aktivujú inspiračné svaly v synergii s autochtónnou muskulatúrou a bránicou bez vedomej spolupráce pacienta a prehĺbi sa dýchanie (Vojta, 2010).

Materiál a metodika

Pozorovanie sa uskutočnilo na vzorke 25 pacientov - 22 mužov a 3 ženy od druhej polovice roku 2009 až do konca roku 2010, na oddelení Spinálnej jednotky Krajskej nemocnice Liberec, a.s. v Českej republike. Vekové zloženie od 18 do 64 rokov, priemerný vek 36,52 roka. Dĺžka hospitalizácie bola od 42 do 372 dní, priemerne 92,72 dňa. Spoločným kritériom pre výber pacientov bola diagnóza lézia miechy v oblasti krčnej chrbtice po traumatologickom poškodení tejto časti chrbtice. Merania prebiehali u všetkých pacientov 1x týždenne a to vždy bezprostredne po terapii Vojtovou metódou. Pri terapii sme využívali najčastejšie polohu reflexného otáčania 1. fáza a podľa stavu pacienta sme následne využívali pozície reflexného otáčania 2. fáza a jej variácie.

Pre výskum sme z veľkého množstva použili 4 merania:

Prvé meranie sme vždy vykonali v prvý deň hospitalizácie a to po konzultácii s ošetrojúcim lekárom, druhé meranie po 14 dňoch, tretie sa uskutočnilo 1 mesiac od prvého merania

a štvrté v posledný deň hospitalizácie spoločne s výstupným vyšetrením. K meraniu sme využívali prenosný prístroj peakflowmeter AM1 (astma monitor), ktorý meral:

FVC - úsilná vitálna kapacita, teda úsilný výdych- vrátane rezervnej kapacity- prevedený po maximálnom nádychu

FEV1 – objem vydýchnutý v priebehu prvej sekundy úsilného výdychu

FEV1/FVC % - pomer jednosekundovej vitálnej kapacity k vitálnej kapacite pri úsilnom výdychu v percentách

PEF – objemový prietok pri úsilnom výdychu v priebehu 10 ms najvyššej hodnoty

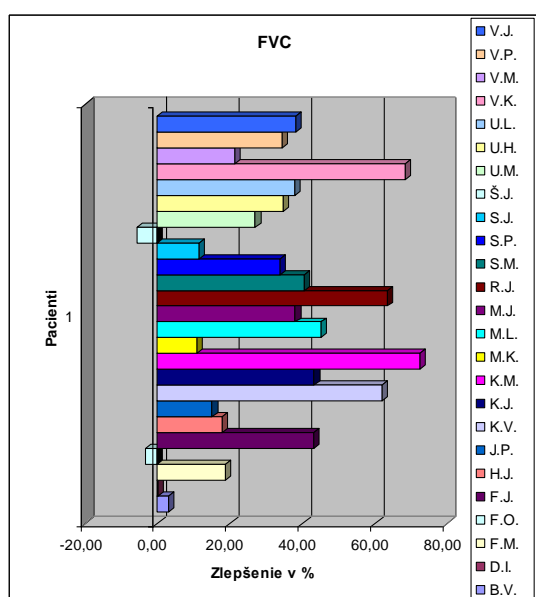
PEF 75, 50, 25 – výdychové rýchlosti, prietoky na rôznych úrovniach FVC, ktorú je ešte treba vydýchnuť

MFEF – maximálny výdychový prúd – rýchlosť na konci výdychu

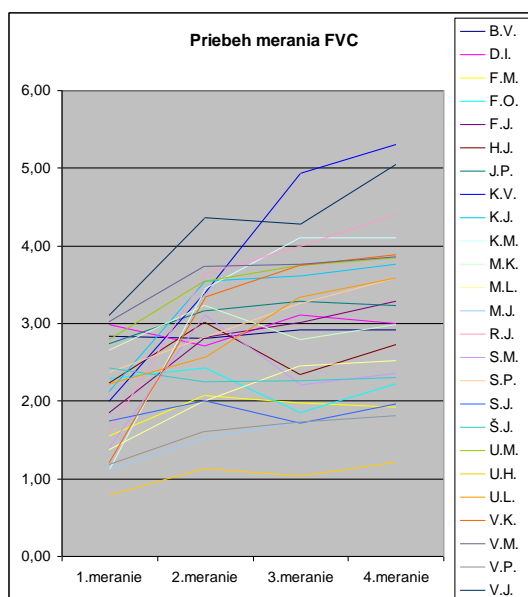
S prístrojom je dodávaný aj počítačový software, ktorý všetky namerané hodnoty vnáša do súradnicového systému, kreslí v ňom krivku a namerané hodnoty písomne vyhodnocuje, keď ich predtým porovnal s referenčnými hodnotami. Referenčné hodnoty vychádzajú z údajov o veku, pohlaví, výške a hmotnosti pacienta. Hodnoty namerané prístrojom sú udávané v litroch, s presnosťou + - 5% alebo 200 ml. Prietok a objem je registrovaný senzorom na základe prerušovania infračerveného lúča rotujúcim členom.

Výsledky práce

Priemerné percentuálne zlepšenie **FVC** všetkých pacientov je zlepšené o 31%. Najväčšie zlepšenie sme namerali 72,68%. Podľa celkového percentuálneho zlepšenia môžeme konštatovať, že dvaja pacienti sa dokonca zhoršili. Najhorší výsledok má bohužiaľ záporné hodnoty a to je zhoršenie -5,65%. Zlepšenie o 30% a viac dosiahlo 15 pacientov z celkového počtu 25. Štyria pacienti dosiahli celkové zlepšenie viac ako 50% (graf č. 1, graf č. 2).

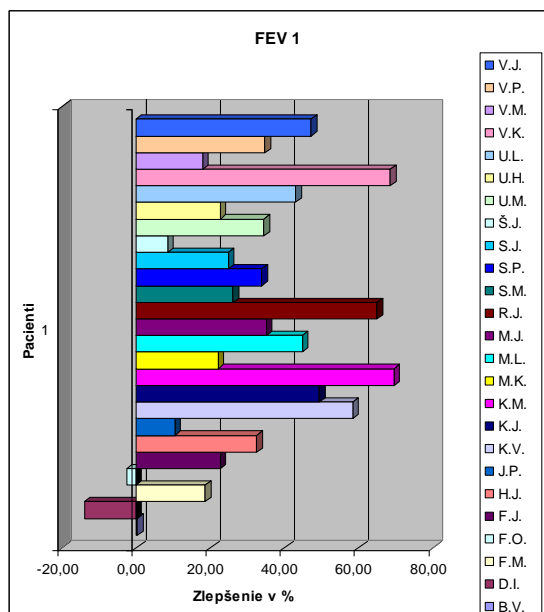


Graf č. 1 Vyhodnotenie FVC

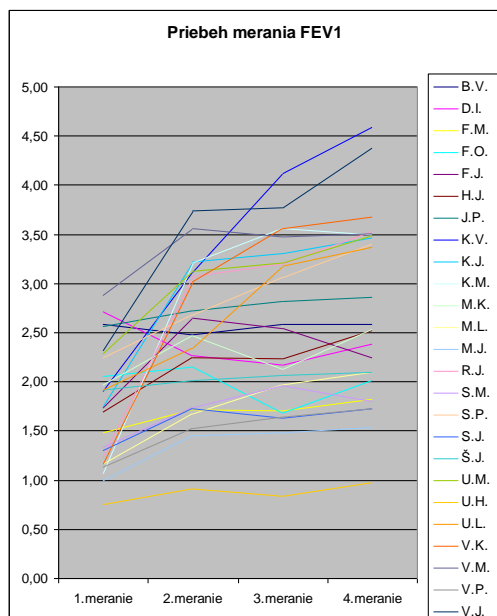


Graf č. 2 Vyhodnotenie FVC

Prieskumom sme zistili, že priemerné percentuálne zlepšenie **FEV 1** u všetkých meraných pacientov bolo o 30,97%. Najväčšie zlepšenie sme namerali 69,43% , najhoršie meranie malo hodnotu -13,87%. Zlepšenie o 30% a viac dosiahlo 13 z celkového počtu 25 pacientov, takže viac ako polovica. Štyria pacienti dosiahli celkové zlepšenie viac ako 50% (graf 3, 4).

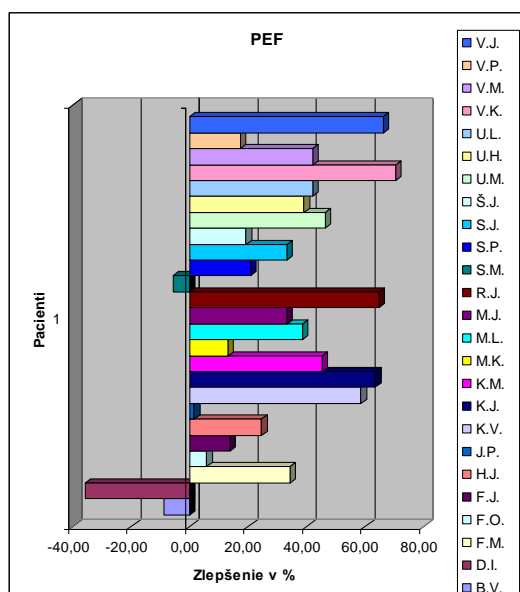


Graf č. 3 Vyhodnotenie FEV1

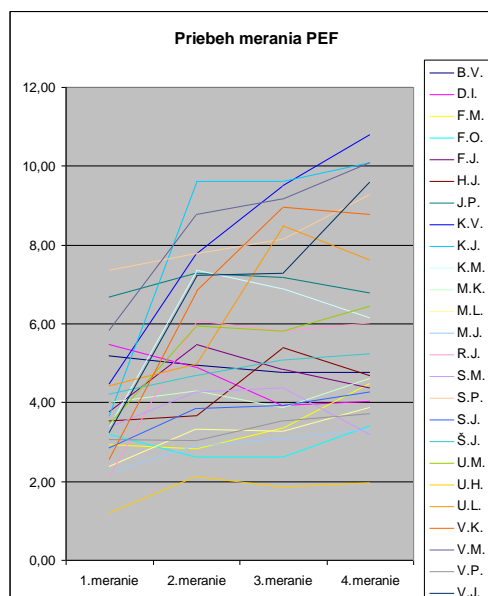


Graf č. 4 Vyhodnotenie FEV1

Priemerná percentuálna hodnota **PEF** u všetkých meraných pacientov je zlepšená o 29,79%. Najväčšie zlepšenie sme namerali 70,58%. Najhoršia nameraná hodnota bola -35,73%. Zlepšenie o 30% a viac dosiahla viac ako polovica pacientov, 14 z celkového počtu 25. 5 pacientov dosiahlo celkové zlepšenie viac ako 50%. (graf č. 5, graf č. 6)



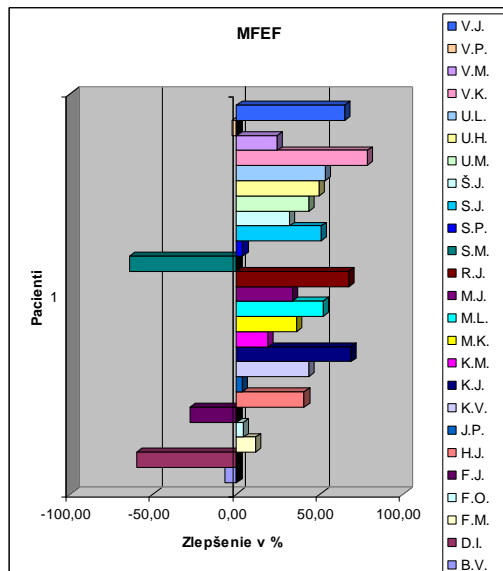
Graf č.5 Vyhodnotenie PEF



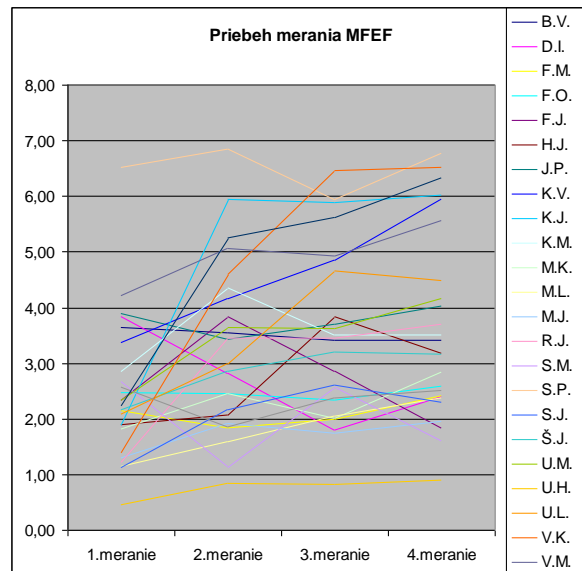
Graf č.6 Vyhodnotenie PEF

Prieskum nám potvrdil percentuálne zlepšenie **MFEF** u všetkých meraných pacientov a to o 24,64%. Najväčšie zlepšenie sme namerali 78,41%. Najhorší výsledok mal hodnotu - 64,20%. Zlepšenie o 30% a viac dosiahlo 14 pacientov z celkového počtu 25. Celkové zlepšenie viac ako 50% dosiahlo 7 pacientov. (graf č. 7, graf č. 8)

Graf č. 7 nám znázorňuje percentuálne zlepšenia a v 5 prípadoch zhoršenia všetkých nameraných hodnôt. Na grafe č.8 môžeme vidieť stúpajúce hodnoty MFEF.



Graf č.7 Vyhodnotenie MFEF



Graf č.8 Vyhodnotenie MFEF

Zaznamenávali sme aj údaje o subjektívnom pocity zlepšenia dýchania pacientov, nezávisle od nameraných hodnôt (tabuľka 1). Tieto údaje pacientov sme hodnotili 24 hodín po meraní, po terapii. Na otázku o subjektívnom pocity dýchania mohli odpovedať 1 z 5 možností, ktoré sme zapisovali k dátumu príslušného merania. K záznamu subjektívnych pocitov sme použili metódu rozhovoru. Pacienti boli pred terapiou a meraním upozornení na to, aby sa po terapii sledovali, aby sa pokúsili vnímať svoje pocity, telo, dýchanie.

Pacienti mali nasledujúce možnosti výberu:

- 1, po terapii som nepociťoval žiadnu zmenu - v tabuľke 1 označená ako Ž
- 2, po terapii som pociťoval, že sa mi ľahšie dýcha - v tabuľke 1 označená ako LD
- 3, po terapii som sa cítil celkový pocit ľahkosti - v tabuľke 1 označená ako CPL
- 4, po terapii som sa cítil mierne unavený- v tabuľke 1 označená ako MÚ
- 5, po terapii som pociťoval celkové zhoršenie stavu/dýchania - v tabuľke 1 označená ako ZD

K dátumu merania sme priradili udaný subjektívny pocit pacienta a následne sme údaje zaznamenali do tabuľky. Z celkového počtu 100 odpovedí bolo len 7 negatívnych a to zhoršenie celkového stavu.

Najčastejšia odpoveď, ktorú si naši pacienti vybrali bola ľahšie dýchanie a to 41 zo 100 odpovedí (LD). Druhá najčastejšia odpoveď bola s počtom 21 celkový pocit ľahkosti

(CPL). Žiadnu zmenu (Ž) sme zaznamenali v 17 odpovediach. 14 odpovedí bolo uvedených ako mierna únava (MÚ).

Pacient	vek pac.	Pohlavie	Lézia	Dĺžka hospitalizácie	subjektívne hodnotenie pac.po terapii			
					1	2	3	4
1 B.V.	21	M	C6	115	Ž	Ž	LD	LD
2 D.I.	28	M	C6	57	ZD	MÚ	ZD	MÚ
3 F.M.	44	M	C5	81	LD	LD	LD	LD
4 F.O.	18	M	C5	71	Ž	Ž	Ž	LD
5 F.J.	33	M	C7	78	CPL	CPL	LD	LD
6 H.J.	46	M	C6	45	MÚ	CPL	CPL	CPL
7 J.P.	45	M	C8	49	ZD	Ž	LD	LD
8 K.V.	34	M	C5	42	MÚ	CPL	Ž	LD
9 K.J.	38	M	C4	62	LD	LD	LD	LD
10 K.M.	27	M	C7	53	Ž	MÚ	CPL	CPL
11 M.K.	32	M	C6	46	Ž	CPL	CPL	CPL
12 M.L.	28	Ž	C7	55	ZD	Ž	LD	LD
13 M.J.	59	Ž	C2,C7	77	LD	LD	LD	LD
14 R.J.	36	M	C5	129	MÚ	CPL	CPL	CPL
15 S.M.	26	M	C5	341	ZD	LD	LD	LD
16 S.P.	31	M	C4	62	MÚ	CPL	LD	LD
17 S.J.	52	M	C6	103	MÚ	CPL	LD	LD
18 Š.J.	64	M	C7	49	Ž	ZD	Ž	LD
19 U.M.	30	M	C6	74	MÚ	Ž	MÚ	Ž
20 U.H.	57	Ž	C6	372	MÚ	LD	ZD	LD
21 U.L.	51	M	C2	42	CPL	CPL	CPL	CPL
22 V.K.	25	M	C5	97	Ž	Ž	MÚ	LD
23 V.M.	32	M	C1,2	45	MÚ	MÚ	LD	LD
24 V.P.	22	M	C4	119	LD	Ž	LD	LD
25 V.J.	34	M	C6	54	LD	CPL	LD	LD

Tabuľka 1 Základne údaje a subjektívne pocity pacientov

Diskusia

Z celkového počtu 100 meraní bolo 12 záporných. Tie mohli byť spôsobené inými okolnosťami ktoré ovplyvnili dané meranie, ktoré v podstate trvá len niekoľko sekúnd. Pozitívny vplyv rehabilitácie môže byť často limitovaný neovplyvniteľnými rušivými faktormi, ako je vyprázdňovanie, spánok, počasie, psychická a sexuálna pohoda, únava po terapii a podobne. V budúcnosti by mohlo byť zaujímavé aj použitie vizualizácie, ako podpornej psychologickkej metódy. (Repková, 2006).

Záver

Cieľom nášho prieskumu bolo pokúsiť sa číselne vyhodnotiť zmenu stavu pacienta. Pozorovali sme pozitívnu odozvu u pacientov, avšak hodnotenie je často vyjadrené len subjektívnym pocitom pacienta. Preto sme sa rozhodli nájsť vhodný spôsob testovania pomocou prístrojového vybavenia oddelenia Spinálnej jednotky v Krajskej nemocnici Liberec, a.s. Museli sme sa prispôbiť aj pohybovým schopnostiam našich pacientov. Nami zvolený prístroj peakflowmeter AM1 nám umožnil zmerať všetky uvedené parametre. U všetkých pacientov sme zaznamenali priemerné 30% zlepšenie hodnotených dychových parametrov. Taktiež môžeme konštatovať subjektívne pozitívny vplyv na kvalitu dýchania u pacientov.

Literatúra

- [1] KRČMÉRYOVÁ, T., PADYŠÁKOVÁ, H. 2007. Zdravotník a etika. In: Ošetrovateľský obzor. - ISSN 1336-5606. - Roč. 4, č. 4 (2007), s. 121-122.
- [2] MAČEK, M., SMOLÍKOVÁ, L. 1995. *Pohybová liečba u pľúcnych chorôb*. 1. vydanie. Praha: Victoria Publishing, 1995. 17s. ISBN 80-7187-010-2.
- [3] MUSILOVÁ, E., MAČKINOVÁ, M., KNOŠKOVÁ, E. 2010. Spôsob života a zdravie In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. - ISSN 1336-9326. - Roč. 5, č. 1-2 (2010), s. 5
- [4] PADYŠÁKOVÁ, H. 2011. Determinanty kvality zdravotnej a sociálnej starostlivosti na Slovensku. In: Sborník z medzinárodnej konferencie Jihlavské zdravotnícké dny 2011, Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011, s. 512 – 518. ISBN 978-80-87035-37-5
- [5] PAVLŮ, D., 2003. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*“, Praha Cerm 2003, druhé rozšírené vydanie , ISBN 80-7204-312-9.
- [6] REPKOVÁ, A. 2006. Filozofia zmeny kvality starostlivosti o ženu v pôrodnej asistencii. Doktorandská práca. Trnavská univerzita. Trnava 2006. 124 s.
- [7] TAKÁČ, P., 2004. *Klinická propedeutika v rehabilitácii*. Trnava: Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. 2004, 217s.
- [8] VOJTA, V., PETERS, A., 2010. *Vojtův princip*. Praha: Grada Publishing 2010, 180 s., 1. české vydanie, ISBN 978-80-247-2710-3.

Kontakt:

PhDr. Elena Žiaková
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
SZU, Bratislava
Katedra fyzioterapie
Limbova 12
e-mail: elenaziakov@gmail.com

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ŽENU S DIC

Zuzana Garneková¹, Ivana Jahodová², Jana Hlinovská²

¹Fakultná nemocnica Kráľovské Vinohrady, Gynekologicko- pôrodnická klinika, Praha

²Vysoká škola zdravotnícka, o.p.s, Praha

Abstrakt

Autorky odborného príspevku poskytujú teoretické informácie o problematike diseminovanej intravaskulárnej koagulopatie u ženy v oblasti gynekológie a pôrodnictva a prezentujú praktické rady pri realizovaní ošetrovateľskej starostlivosti v pôrodnej asistencii.

Kľúčové slová

DIC, akútne stavy v pôrodnictve, koagulácie, zvýšené krvácanie, trombóza, hemoragia.

NURSING CARE OF A WOMAN WITH DIC

Abstract

The authors provides the professional contributions of theoretical information on the issue of disseminated intravascular coagulation in women in the fields of gynecology and obstetrics, and presents practical advice on implementing nursing care in midwifery.

Key words

Disseminated intravascular coagulation, acute conditions in obstetrics, coagulation, increased bleeding, thrombosis, haemorrhage.

Úvod

Vplyvom gravidity dochádza v organizme matky k fyziologickým zmenám v reprodukčnom, respiračnom, KVS, GIS, močovom, a svalovokostrovom systéme. Žena v tehotenstve a po pôrode má vyššie riziko vzniku konzumpčnej koagulopatie. K DIC dochádza po vyplavení tromboplastických látok z placenty alebo z decidui s konzumpciou plazmatických faktorov zrážania. DIC je druhotná, dynamicky sa rozvíjajúca porucha hemostázy, ktorá sa nielen v pôrodnictve pokladá za akútny stav, ktorý ohrozuje život matky i plodu. DIC je najčastejšou príčinou smrti v tehotenstve a šestonedelí na SR i v ČR.

Definícia

DIC je chorobný stav, pri ktorom dochádza k narušeniu hemostatickej rovnováhy a k rozvoju generalizovanej intravaskulárnej koagulácie. DIC charakterizujú dva procesy, ktoré prebiehajú súčasne – trombóza a fibrinolýza. DIC je syndróm, ktorý vzniká na základe iného ochorenia, stavu (Klener, 2003, s. 105 – 106).

Patofyziológia DIC:

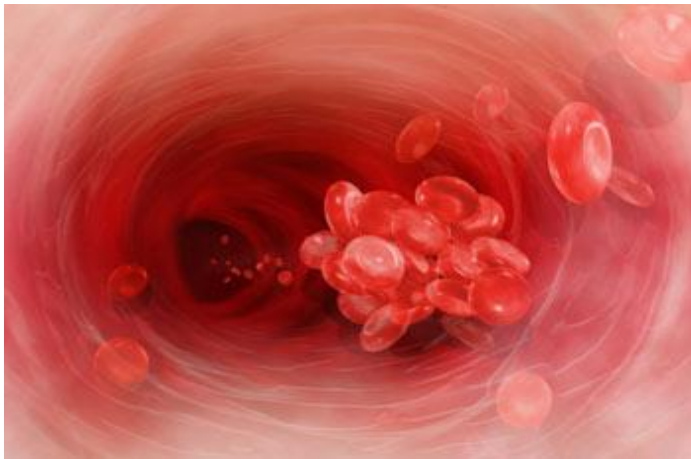
Patologický proces DIC začína ako hyperkoagulačný stav v mikrocirkulácii, ktorý je vyvolaný uvoľnením tkanivového faktoru z poškodených tkanív /trauma/ alebo jeho bunecná expresia v generalizovaných zápalových procesoch /infekcia, sepsa/ - cytokíny (Kvasnička, 2003, s. 179 – 183). Infekčný agens aktivuje cez imunitný systém krvné doštičky alebo poškodujú cievnu stenu a tvoria ju trombogénnou. Aktivuje sa trombolytický systém. K rozvoju DIC prispieva postupné zlyhanie inhibičných mechanizmov a detoxikačnej kapacity organizmu, predovšetkým pečene. Inntarvaskulárna koagulácia vedie k mnohopočetnej mikrotrombotizácii v tkanivách a ohrozuje ich ischémiou. Konzumpcia doštičiek a časti koagulačných faktorov (II, V, VIII, XIII, fibrinogénu faktorov spôsobujú krvácanie. Druhotná fybrinolýza odstráni tromby, zabezpečí prekrvenie, ale štiepením fibrinogenu a koagulačných faktorov V a VIII prehľbuje krvácačný stav (Klener, 2003, s. 106).

Pôrodnícka etiológia DIC:

- Predčasné odlúčenie placenty
- Placenta praevia
- Placenta increta, accrete, percreta
- Atonia maternice
- Inštrumentálna revízia maternice
- Embólia plodovou vodou
- Popôrodné krvácanie
- Mola hydatidosa
- Sy mŕtveho plodu
- Polyhydramnion
- Ruptúra maternice
- Vyčerpanie myometria – proťahovaný pôrod, hyperstimulácia oxytocínom, či prostaglandínmi, atónia, operácia, cisársky rez
- Viacpočetné tehotenstvo
(Kvasnička, 2003, s. 207 - 208)
- Eklampsia, preeklampsia,
- Hellp syndróm
- Septický potrat
- Závažné infekcie, sepsa, hemoragický šok, tupý úder na telo maternice pri nehodách
(Hájek, 2004, s. 379)
- Inklinácia k DIC u rodičiek: - trombofilia v gravidite
- Deficit kyseliny listovej
- Obézne rodičky
- Fajčiarky
- Staršie rodičky
- Diabetes melitus
- Varixy (Kvasnička, 2003, s. 207 - 208)

Klinický obraz DIC:

- latentná fáza - štádium I.– je klinicky nemá, laboratórny nález – hyperkoagulacia,
- manifestná fáza - štádium II. krvácanie z vpichov, krehké koagulum, trombózy v mikrocirkulácii, laboratórne – hypokoagulácie,
 - štádium III. – masívne krvácanie, nezražanlivá krv, orgánové zlyhanie v dôsledku mikrotrombóz, symptóm šoku, laboratórne - hypokoagulacia s masívnou fibrinolýzou (Roztočil, 2001, s. 266 – 267),
 - štádium IV. stabilizácia koagulácie.



Znázornenie DIC v cieve

Laboratórne parametre charakterizujúce DIC:

- Znížený počet trombocytov pod $100 \times 10^9/l$
- APTT - aktivovaný parciálny tromboplastínový čas je predĺžený
- FDP – fibrin degradačné produkty - pozitívne v sére viac ako 10 mikrogramov /ml
- Anémia (Richards, 2004, s. 195 - 196)
- Fibrinogén pod 1g/l – pokles
- PT protrombinový čas alebo Quick pod 50 % predĺžený
- FW
- CRP - vysoké
- D - dimery pozitívne
- Etanolgelifikační or protamínsulfátový test pozitívny
- Antitrombin III (Kvasnička, 2003, s. 206)

Diferenciálna diagnostika krvácania:

Krvácanie – purpura – petechie – mierne až závažné celkove príznaky, horúčka, šok, ikterus, neurologické príznaky- trombocytopenia, nízke INR, vysoké PTT, Trombinový čas, fibrinmonomery – DIC – príčina, hepatopatia, koagulopatia zo strát. (Classen, 2011, s. 20 – 21).

TH:

- Odstránenie príčiny
- Náhrada krvného objemu - kryštaloidy, koloidy, plazmaexpandery - haemacel
- Náhrada fibrinogénu - koncentrát fibrinogénu i.v
- Náhrada erytrocytov - TRF
- Náhrada plazmy – pri indikácii antitrombínu III a fibrinogénu
- Náhrada trombocytov (Roztočil, 2001, s. 267)

Doporučený postup liečby:

- Aplikácia 5000j i.v heparínu
- Fibrinogenu 4 - 6g i.v.
- Antitrombinu 1000j i.v
- Plazmy 4j
- Antifybrinolytiká – antilysin, pamba – antitromboplastinová aktivita už pri 4. štádiu
- Čerstvá Ery masa
- Trombocytárne náplavy pri trombocytopénii po $20 \times 10^9/l$

Ošetrovateľské intervencie pri DIC pôrodnej asistentky:**1. Anaméza**

- gynekologická – potrat, UPT, rizikové tehotenstvo,
- porodnícka – IVF, stav placenty, odlučovanie placenty, príčina krvácania, úraz, počet detí, počet plodov, rizikové tehotenstvo, priebeh porodu,
- osobná – detské choroby, hematologické choroby, infekčné choroby, D.M., BMI index, varixy DK,
- rodinná – dedičné ochorenia u rodičov a súrodencov.

Porodná asistentka kladie ciele otázky k zisteniu príčiny vzniku DIC. Získané informácie zaznamenáva do zdravotníckej dokumentácie.

2. Pozorovanie

Objektívne príznaky krvácania - petechie, purpura, slabosť, hypotenzia, tachykardia, potenie, farba kože, horúčka.

Subjektívne príznaky krvácania – hučanie v ušiach, búšenie srdca, únava, zhoršenie interakcie medzi P a sestrou.

3. Vykonalenie testu na porodnom sále - orientačný test zrážania krvi trombínom. Zistíme afibrinogémiu pomocou skúmavky a lyofilizovaného hovadzieho trombinu, ktorý sa uskladňuje pri teplote plus 4 stupňov – krv sa nezrazí ----- afibrinogemie.

4. Kontrola zavínovania maternice - konzistencia, veľkosť a krvácanie z maternice

Porodná asistentka vyhmatá a zhodnotí výšku fundu maternice. Fundus maternice po porode je vo výške pupku, prípadne 1 cm nad pupkom. Tento parameter je rozdielny z hľadiska vyčerpania myometria. Pri zatlačení na fundus zistíme mieru a závažnosť poporodného krvácania. Pri DIC krv vyteká takmer prúdom z maternice, ktorá sa nezráža, netvorí sa koagula. Maternica je bolestivá na dotyk, presiaknutá, makká, nedochádza k retrakcii maternice ani po fyzickej masáži porodnou asistentkou.

5. Vyšetrenie v gynekologických zrkadlách a USG

Pri aspekcii zistíme stav pošvy, porodnického poranenia, epiziotómie. Asistujeme pri odbere steru z pošvy a zašleme na mikrobiologické vyšetrenie K+C. Zabezpečíme mobilný ultrazvuk k vyšetreniu stavu maternice, krvácania, rezidií.

6. Kontrola vedomia dle GCS - Glasgow coma scale:

- reakcie otvorenia očí a reakcie zorníc na svetlo,
- verbálne reakcie – orientácia v čase, osobe a priestore,
- motorické reakcie.

7. Meranie a kontrola FF

Fyziologické funkcie, ktoré poukazujú na DIC

TK: hypotenzia

P: tachykardia

D: tachypnoe

TT: subfebrilia, horúčka – u septického potratu, pri mŕtvom plode

Oxymetria: hypoxia - cheynovo stokesovo D

Vyprazdňovanie moču – oligúria, anúria je príznakom postihnutia obličiek trombami a následná hypoxia.

Porodná asistentka realizuje monitoring fyziologických funkcií á 15 - 30'. Je nutné vykonávať hodinovú diurézu a 24 hodinovú bilanciu tekutín.

8. Odber krvi

Porodná asistentka realizuje odber venóznej krvi na hematologické – KS + Rh faktor, KO, diferenciálny krvný obraz, koagulačné faktory – OUIK, APTT, fibrinogén, antitrombín III, D – dimery, etanol test, biochemické – CRP, pečeňové testy – bilirubín, ALT, AST, GMT, mikrobiologické vyšetrenie - hemokultúra v prípade sepsy, infekcie, septického potratu.

Zavedenie periférneho žilného katétru.

9. Protišoková terapia

- aplikácia infúznej terapie – pri hypotenzii koloid - gelofuzin, voluven,
- zabezpečiť zásady proti šoku 5 T – teplo, tekutiny, tíšenie bolesti, ticho, transport,

- protišoková poloha – trendelenburgová,



- kontrola funkčnosti orgánov:

10. Ischémia srdca, mozgu, pľúc, obličiek vzniká pri mikrotrombotizácii a orgánovej hypoperfúzi

- - meranie a zaznamenávanie FF.

11. Aplikácia faktorov zrážania a náhrada krvných strát

Zajistiť a správne aplikovať EBR, plazmy, trombocytov, antitrombínu. Sestra aplikuje všetko i.v. Muskulárna injekcia zvyšuje riziko krvácania z vpichu.

12. Medziodborová spolupráca

Spolupráca s interným, anesteziologickým, hematologickým kolektívom.

Porodná asistentka natočí EKG, zabezpečí konzílium s internistom. ARO je dôležité pri progresii stavu, destabilizácii stavu, napr. pri zavedení CŽK, pri potrebe UPV, hematologická spolupráca je významná pri neúčinnnej hemoterapii.

Záver

DIC je závažné ochorenie, ktoré vyžaduje promptné reakcie pôrodnej asistentky. Dôležitým medzníkom záchrany klientky v priebehu pôrodu, či po pôrode je včasné rozpoznanie príznakov DIC a medziodborová spolupráca. Pre skorú detekciu príznakov DIC je prioritné teoretické vzdelanie a praktická pripravenosť PA, na akútne stavy v gynekológii a porodníctve.

Doporučení pre prax

Vypracovať štandard ošetrovateľskej starostlivosti u ženy s DIC v priebehu porodu a po pôrode.

Realizovať výskum na tému z oblasti pripravenosti reakcií PA s fiktívnou situáciou DIC.

Zakomponovať do programu vzdelávania budúcich sestier modelovú situáciu DIC.

Vypracovať edukačný plán pre sestry v oblasti DIC.

Vytvoriť jednoduchý návod základných postupov (nástenka na PS, JIS) u ženy s príznakmi latentnej formy DIC.

Použitá literatura

- [1] CLASSEN, M. et al. 2011. *Diferenciální diagnóza ve schématech*. 2. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2011. 104 s. ISBN 978-80-247-3596-2.
- [2] DOLEŽAL, A. et al. 2007. *Porodnické operace*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2017. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
- [3] HÁJEK, Z. et al. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing., 2004. 404 s. ISBN 80-247-0418-8.
- [4] CHRUMSKÝ, J. et al. 2005. *Antikoagulační léčba*. 1.vydanie. Praha: Grada Publishing, 2005. 220 s. ISBN 80- 247-9061-0.
- [5] KAMENÍKOVÁ, M. Et al. *Ošetrovatelké diagnózy na porodním sále*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1.
- [6] KLENER, P. et al. 2003. *Hematologie*. 1. vydanie. Praha: Galén, 2003. 112 s. ISBN 80-7262-210-2.
- [7] KVASNIČKA, J. 2003. *Trombofilie a trombotické stavy v klinické praxi*. 1.vydanie. Praha: Grada Publishing, 2003. 300 s. ISBN 80- 7169-993-4.
- [8] LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydanie. MACKU, F. et al. 1995. *Kompendium gynekologických operací*. Praha: Grada Publishing, 1995, 599 s. ISBN 80-7169-154-2.
- [9] MARTIUS, G. et al. 1997. *Gynekológia a pôrodnictvo* 1. vydanie. Martin: Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80-88824-56-7.
- [10] RICHARDS, A. et al. 2004. *Repertitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydanie. Praha: Garda Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- [11] ROZTOČIL, A. et al. 2001. *Porodnictví*. 1. vydanie. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- [12] SLEZÁKOVÁ, L. et al. . 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví* 1. vydanie. Praha: Garda Publishing, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- [13] VOKURKA, S. et al. 2005. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. 1. vydanie. Praha: Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.

Adresy autorov

Mgr. Zuzana Garneková

FNKV Šrobárova 50

100 34 Praha 10

Doktorand fakulty zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

e-mail: grnekova.z@centrum.cz

Phdr. Ivana Jahodová

Vysoká škola zdravotnícká, o.p.s.

Duškova 7

150 00 Praha 5

e-mail: jahodova@vszdrav.cz

Phdr. Jana Hlinovská, PhD.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7
150 00 Praha 5
e-mail: hlinovska@vszdrav.cz

POZÍCIA OŠETROVATEĽSTVA V STAROSTLIVOSTI O RODINU S DIEŤAŤOM SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Katarína Gerlichová, Iveta Matišáková

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Starostlivosť o zdravotne postihnutých v spoločnosti si vyžaduje multidisciplinárny prístup. Súčasný stav riešenia danej problematiky je spracovávaný väčšinou z hľadiska sociálnej práce a špeciálnej pedagogiky. Svoje významné postavenie v tejto oblasti má však aj ošetrovateľstvo. Podiel ošetrovateľstva na starostlivosti o zdravotne postihnuté osoby je špecifikovaný prostredníctvom základného vymedzenia zamerania ošetrovateľstva a funkcií sestry, zohľadňujúcich nielen biologické, ale aj psycho-sociálne osobitosti osôb so zdravotným postihnutím, najmä v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

KLúčové slová

Zdravie. Zdravotné postihnutie. Osoba so zdravotným postihnutím. Ošetrovateľstvo. Podpora zdravia. Ošetrovateľský proces.

POSITION NURSING IN FAMILY CARE TO THE CHILD WITH DISABILITIES

Abstract

The care of disabled persons in society demands a multidisciplinary approach. The contemporary state of solving this issue is being processed mainly in the light of social work and special pedagogy. Nursing has its important position in this area too. The concern of nursing in the care of disabled persons is specialized by means of the basic determination of the focus of nursing and functions of a nurse, which allows biological as well as psycho-social specialties of persons with disabilities, mainly in community health nursing.

Key words

Health. Disability. Disabled Person. Nursing. Health Promotion. Nursing Process.

Úvod

V súčasnosti sa odborníci viacerých disciplín venujú profesionálne problematike zdravotného postihnutia v živote človeka. Už tradične zaraďujeme medzi nich lekárov najrozličnejších odvetví medicíny, iných zdravotníckych pracovníkov, špeciálnych pedagógov, psychológov a sociálnych pracovníkov. Vznikajú nové inštitúcie a odborné pracoviská zamerané na špeciálne intervencie (napríklad rehabilitačné strediská, pracoviská včasnej diagnostiky, integračné centrá, zariadenia špeciálno-pedagogického poradenstva). Potreby ľudí so zdravotným postihnutím sa stávajú predmetom sledovania v oblasti architektúry a urbanistiky, informačných technológií či v oblasti verejných služieb najrozličnejšieho charakteru.

Skutočnými odborníkmi na potreby zdravotne postihnutých ľudí sú však sami títo ľudia. Preto sme svedkami toho, že ľuďom so zdravotným postihnutím je poskytovaná nielen ochrana v rámci spoločnosti, ale sú vytvárané podmienky na to, aby boli schopní sami aktívne realizovať svoje rozhodnutia a preberali za ne zodpovednosť. Odborníci však úplne nevymiznú zo života zdravotne postihnutých ľudí v záujme podpory ich nezávislosti.

Podľa Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia (MKF, 2003, s. 150) zdravotné postihnutie je „*porucha fungovania ľudského organizmu alebo jeho časti, prípadne strata či nedostatok určitých funkcií, spôsobený úrazom, ochorením, či vrodeným zdravotným stavom*“. Pomenúva „*negatívne aspekty interakcie medzi jednotlivcom (s určitými zdravotnými ťažkosťami) a kontextovými faktormi tohto jednotlivca (enviromentálnymi a osobnými faktormi)*“.

Napriek pokroku v poznaní zostáva dodnes nie úplne jasná otázka vzťahu medzi pojmami choroba a zdravotné postihnutie, otázka odlišenia životných prejavov chorých ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím. Súvisí to aj s nevyjasnenosťou vzťahu medzi základnými pojmami zdravie a choroba. Chronické progresívne ochorenie vyúsťuje obvykle do stavu postihnutia (Bóriková, 2004), preto aj ľudia s chronickým ochorením sa považujú za osoby so zdravotným postihnutím. Charakteristikou chronického ochorenia je, že zanecháva postihnutie, je spôsobené zmenou v organizme, vyžaduje špeciálnu rehabilitáciu pacienta, prípadne vyžaduje dlhodobý zdravotný dohľad alebo starostlivosť (Bražinová, Reháková, 2006).

Medzi disciplínami, ktoré sa venujú starostlivosti o zdravotne postihnutých, má svoje významné postavenie aj ošetrovateľstvo a medzi spomínanými odborníkmi sestra. Pôsobí ako akýsi most medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou. Poslaním sestier v spoločnosti je pomáhať jednotlivcom, rodinám a komunitám uspokojovať aktuálne potreby a dosahovať ich maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú. Aby bol dospelý človek v každodenných činnostiach čo najmenej limitovaný svojím zdravotným postihnutím, mal by už od detstva žiť v prostredí, ktoré ho podporuje, stimuluje a neobmedzuje. Významne sa na tomto procese podieľajú rodičia a najbližšie sociálne prostredie zdravotne postihnutého.

Adaptácia rodiny na zdravotné postihnutie dieťaťa

Pozícia sestry v starostlivosti o zdravotne postihnuté dieťa a jeho rodinu je nesmierne dôležitá od prvých okamžikov života dieťaťa. Sestra usmerňuje postoje rodičov, pomáha im zvládnuť náročnú situáciu. Počas rastu a vývinu dieťaťa má sestra opäť možnosti, ako zasiahnuť do procesu integrácie zdravotne postihnutého dieťaťa, či už pri jeho návšteve v ambulancii, počas svojej návštevy v domacom prostredí alebo počas hospitalizácie dieťaťa v nemocnici. V dospelosti však úloha sestry nekončí. Proces integrácie je celoživotným procesom zdravotne postihnutého jednotlivca a on v každom období potrebuje profesionálnu radu, pomoc, ale aj povzbudenie a podporu sestry.

Zdravotné postihnutie dieťaťa je pre rodičov silnou stresovou situáciou. Spôsob, akým ju rodičia zvládajú a ako na ňu reagujú, spoluurčuje, akou veľkou záťažou bude zdravotné postihnutie aj pre dieťa. Zdravie dieťaťa je pre rodičov významnou hodnotou a postihnutie

dieťaťa znamená jej nespravodlivé ohrozenie. Značný rozdiel medzi realitou, ktorou je zdravotné postihnutie, a tým, aké je štandardné očakávanie zdravého vývoja dieťaťa, vedie k prežívaniu silného stresu, stimulujúceho rôzne obranné reakcie. Rodičia v tejto situácii reagujú kombináciou rôznych emócií.

Nel'ahký proces vyrovnávania sa s postihnutím má charakteristický priebeh. Silný stres stimuluje rôzne obranné reakcie. V popredí sú emocionálne reakcie: úzkosť a strach (súvisiace s ohrozením dieťaťa), hnev (súvisiaci s uvedomením straty prežívanej ako nespravodlivej), smútok až depresia (vyplývajúce z vedomia obmedzených možností ochrániť svoje dieťa). Choroba dieťaťa stimuluje u rodičov väčšinou aktívne obranné reakcie. Rodičia sa odmietajú zmieriť s takouto situáciou a bojujú o uzdravenie dieťaťa alebo aspoň o zlepšenie jeho stavu. Často ide o nezmyselné aktivity, ale i to pomáha rodičom samotným zvládať túto záťaž.

Reakcie rodičov na zistenie, že ich dieťa je postihnuté, sa v priebehu času menia a prechádzajú typickými fázami. M. Vágnerová (2004) popisuje tri fázy: fázu šoku a popierania, fázu postupnej akceptácie a fázu realizmu.

Zdravotne postihnuté dieťa však môže predstavovať záťaž nielen pre rodičov, ale aj pre svojich súrodencov. Súrodenec je stabilnou súčasťou života dieťaťa. Ak je súrodenec niečím výnimočný, napríklad je chorý alebo zdravotne postihnutý, musí si zdravé dieťa vypracovať určité stratégie, ktoré mu pomôžu zvládnuť tento stav prijateľným spôsobom. Obyčajne ide o prijatie určitej dominantno-ochrannej roly. Súrodenci zvyčajne bývajú súpermi aj spojencami, ale postihnuté dieťa nemôže byť súperom, pretože tomu nezodpovedajú jeho schopnosti. Navyše rodičia veľakrát takéto správanie zdravého dieťaťa považujú za priestupok. Existencia postihnutého dieťaťa v rodine môže byť príčinou zmeny postojov a očakávaní rodičov aj vo vzťahu k zdravým potomkom. Je tu zvýšené riziko, že ani k nim nebudú mať rodičia primeraný vzťah a prijateľné nároky (Vágnerová, 2004). Jednou krajnosťou môže byť koncentrácia pozornosti a záujmu na postihnuté dieťa a odsunutie zdravých súrodencov do úzadia. Druhým extrémnym variantom je koncentrácia záujmu rodičov na zdravé dieťa. Jednostranný záujem o zdravé dieťa môže slúžiť ako prostriedok kompenzácie neuspokojenia, ktoré rodičom prináša postihnutý potomok. Tento prístup možno interpretovať ako jeden z možných obranných mechanizmov. Podporuje sebavedomie rodičov a uľahčuje im zvládnutie rodičovskej roly. Kompenzuje nepriaznivé pocity, ktoré prinieslo narodenie zdravotne postihnutého potomka.

Organizovaný a systematický prístup k ošetrovaniu detí umožňuje realizácia ošetrovateľského procesu. Táto zámerná rozumová aktivita dáva sestre možnosť diagnostikovať a sesterskými intervenciami riešiť aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy dieťaťa v každom prostredí.

Ak máme definovať základné charakteristiky ošetrovateľského procesu u zdravotne postihnutého dieťaťa, treba akceptovať tieto skutočnosti:

- ošetrovateľský proces je dlhodobý (môže trvať i niekoľko rokov, resp. prejsť až do dospelosti dieťaťa),

- ošetrovateľský proces u jedného dieťaťa realizujú odborníci rôzneho zamerania (sestra, lekár, psychológ, sociálny pracovník, špeciálny pedagóg, fyzioterapeut, osobný asistent,...)
- ošetrovateľský proces prebieha striedavo v rôznych prostrediach zdravotnej starostlivosti (novorodenecké a detské oddelenie nemocnice, všeobecná alebo špecializovaná detská ambulancia, odborná liečebňa, detská ozdravovňa, detské denné a celotýždňové sanatóriá, domácnosť dieťaťa, ...),
- pre zachovanie kontinuity ošetrovateľského procesu je nevyhnutná dôsledne vedená dokumentácia a odovzdávanie informácií medzi jednotlivými poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľský plán slúži ako dorozumievací prostriedok pre ostatných členov tímu. Obsahuje rozhodnutia, ktoré vytvorila sestra v spolupráci s dieťaťom, resp. jeho rodinou a je dokumentom o starostlivosti vykonanej u dieťaťa a jeho rodiny,
- súčasťou ošetrovateľského procesu musí byť edukácia rodiny a dieťaťa zameraná na zvládnutie problematiky zdravotného postihnutia, ošetrovania dieťaťa v prirodzenom prostredí a žiaducu zmenu životného štýlu,
- príjemcom ošetrovateľskej starostlivosti je nielen zdravotne postihnuté dieťa, ale aj celá jeho rodina.

Cieľom ošetrovateľského procesu u zdravotne postihnutých detí v kontexte komplexnej starostlivosti je minimalizácia následkov zdravotného postihnutia na život dieťaťa, dosiahnutie čo možno najvyššej kvality života dieťaťa pri existujúcich obmedzeniach.

Realizácia ošetrovateľského procesu prebieha na rôznych pediatrických pracoviskách i v samotnom rodinnom prostredí dieťaťa.

Ošetrovateľský proces pri narodení zdravotne postihnutého dieťaťa

Správanie sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov pri narodení dieťaťa s postihnutím má na rodičov veľký vplyv. Sestra rodičom ukazuje, ako sa majú k dieťaťu správať. Prvé známky toho, že s dieťaťom nie je niečo v poriadku, sa objavia bezprostredne pri pôrode. Atmosféra šťastného očakávania sa náhle môže zmeniť na ťaživú úzkosť. Matka aj keď dieťa nevidí, cíti v miestnosti ťaživé a predĺžované napätie, ktoré ju upozorní na to, že niečo nie je v poriadku. Zdravotnícky personál, ktorý má taktiež problém vyrovnať sa so situáciou, reaguje frustráciou. V dôsledku toho sa niekedy pozabúda pomôcť rodičom, ktorí trpia najviac.

Spôsob, akým personál predstavuje dieťa rodičom, má veľký vplyv na vytvorenie ich neskoršieho vzájomného vzťahu. Intervencie sestry pri prvých kontaktoch rodičov s dieťaťom:

- Najlepším riešením je čo najskôr po pôrode rodičom jasne a pokiaľ možno jednoducho vysvetliť, aký defekt dieťa má.
- Potom, pokiaľ je to len trochu možné, je treba nechať dieťa aspoň na chvíľu pri matke, aby sa ho mohla dotknúť, pohladíť ho, popestovať.

- Sestra matke ukáže a zdôrazní, že ostatné časti tela a funkcie sú normálne. Ak rodič dieťa nevidí, veľakrát si predstavuje anomáliu oveľa horšiu, ako v skutočnosti je. Každé predlžovanie zvyšuje obavy rodičov a ich predstavivosť môže narásť do obrovských rozmerov. Súčasne je ale dôležité nechať rodičom čas a príležitosť, aby sa mohli sami k situácii vyjadriť.
- Sestra rodičov povzbudzuje ku kladeniu otázok. Dôležité je, aby im odpovedala láskavo, priamo, bez zbytočného optimizmu alebo pesimizmu. Otvorené vyjadrovanie citov je pre mnohých ľudí náročné, preto váhajú o svojom smútku hovoriť. Zadržovanie citov ale „spáli mnoho energie“, ktorú budú potrebovať rodičia pre vytvorenie vzťahu k dieťaťu.
- Sestra iniciuje rozhovory o tom, čo sa stalo, a rodičom vysvetlí, že ich pocity sú prirodzené. Ak nebudú o svojich problémoch s niekým hovoriť, aj ich vlastný vzájomný vzťah sa môže prerušiť.
- Sestra sa matky pýta, čo si asi myslí otec, ako situáciu prijíma, a naopak, otca sa pýta na pocity matky. Je treba dosiahnuť, aby sa rodičia nesústredili iba každý sám na seba, ale aby sa zaoberali tiež reakciami toho druhého.
- Rodičia sa však nesmú do ničoho nútiť. Matky sa napríklad boja vziať dieťa do náručia – a k tomu ich sestra povzbudzuje. Zapojenie do starostlivosti by malo byť postupné, s ohľadom na všetky reakcie rodičov (zlosť, nenávisť, odmietanie alebo závislosť).
- Rodičia by mali dostávať aktuálne a presné informácie v jazyku, ktorému rozumejú.
- Rodičia potrebujú opakované, starostlivé vysvetľovanie defektu dieťaťa, informácie, aká mu bude poskytnutá lekárska a ošetrovateľská starostlivosť a čo od starostlivosti môžu očakávať. Sestra sa spätnou väzbou presvedča, že rodičia informáciám rozumeli, pretože sa niekedy stáva, že rodičia sa nepýtajú napriek tomu, že všetkému nerozumejú.
- Je dôležité, aby lekári a sestry podávali zhodné informácie.
- K povinnostiam sestry patrí edukovať rodičov o tom, ako majú správne dieťa ošetrovať, ako majú vykonávať špeciálnu starostlivosť, ktorú bude dieťa potrebovať. Jednotlivé činnosti sestra s rodičmi prakticky nacvičí.
- Sestra už v tomto období podnecuje rodičov k tomu, aby nadviazali kontakty s rodinami, ktoré majú rovnako postihnuté dieťa a zoznámili sa s organizáciami, ktoré ponúkajú pomoc rodičom s postihnutým dieťaťom.

Ošetrovateľský proces v ambulantnej starostlivosti

Sestra pracujúca vo všeobecnej alebo špecializovanej pediatickej ambulancii je nielen poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s terapeutickým režimom lekára, je aj poradcom rodiny, ochrancom práv a advokátom dieťaťa v súlade s Chartou práv dieťaťa a inými odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie.

Rodičia prichádzajú do ambulancie všeobecného alebo špecializovaného pediatra so svojim dieťaťom na pravidelné dispenzárne zdravotné prehliadky, prípadne pri výskyte aktuálnych zdravotných ťažkostí. Sestra pracujúca vo všeobecnej ambulancii pre deti a dorast má možnosť kontaktovať sa s dieťaťom a jeho rodinou nielen v ambulancii (tieto návštevy bývajú časovo ohraničené, spojené častokrát so stresom), ale aj v domácom prostredí dieťaťa. Sestra

vykonáva návštevy, pri ktorých inštruuje matku o správnom ošetrovaní dieťaťa, vedie ju k aktívnej spolupráci, sleduje psychosomatický vývoj dieťaťa, vedie údaje o zdravotnom stave dieťaťa, výsledkoch preventívnych prehliadok a odporúčaných liečebno-preventívnych opatreniach (Červeňanová, Poliaková, 2011). V práci ambulantnej sestry sa za veľmi dôležité považujú informácie zo sociálneho prostredia rodiny. Z hľadiska efektivity ošetrovateľskej starostlivosti sú nenahraditeľné pravidelné návštevy v domácnosti, kde sa dieťa i rodičia cítia bezpečnejšie a oveľa istejšie. Poznatky, ktoré sestra získa, jej umožňujú bližšie spoznať vzťahy a postoje medzi jednotlivými členmi domácnosti. Dôkladné oboznámenie sa so situáciou, prostredím a vzťahmi, v ktorých dieťa vyrastá, umožňuje sestre aktívne podporovať sociálnu integráciu zdravotne postihnutého dieťaťa.

S postupným dospievaním dieťaťa sa náročnosť domácej starostlivosti stupňuje. Poskytovanie potrebných služieb má byť kontinuálne a zamerané na integráciu, čím sa predíde zvyšovaniu závislosti zdravotne postihnutých jednotlivcov a ich rodín od ďalších služieb, najmä inštitucionálneho charakteru.

- Sestra emocionálne povzbudzuje rodičov rozhovorom, uistením, vypočutím, vyjadrením rešpektu, porozumenia a dôvery.
- Sestra posudzuje zdravotný stav dieťaťa, hodnotí jeho rast a vývin, celkové prejavy správania – plač, reakcie a odpovede na stimuly, rečovú úroveň, stupeň hry, držanie tela a rúk.
- Sestra zisťuje úroveň vedomostí rodičov o postihnutí dieťaťa a starostlivosti z neho vyplývajúcej.
- Sestra sleduje dodržiavanie terapeutických a ošetrovateľských odporúčaní, predvedie samotnú činnosť a vysvetlí ju, poskytne materiálnu pomoc alebo priamu službu, kontaktuje odborníka, prakticky nacvičuje potrebné aktivity – ošetrovanie, rehabilitáciu, stimuláciu dieťaťa.
- Sestra podľa potreby edukuje a poskytuje doplňujúce informácie. Významným pomocníkom v tomto procese môže byť dostatok informačného a edukačného materiálu o zdravotnom postihnutí dieťaťa.
- Sestra zasahuje priamo v prostredí rodiny, v domácnosti, alebo v mieste, kde vznikol problém.
- Sestra hodnotí psychologické prostredie dieťaťa a rodiny, zameriava sa najmä na psychický stav matky, otca, súrodencov, prípadne aj ostatných členov rodiny.
- Sestra si získa dôveru rodičov, stáva sa súčasťou riešenia problémov so starostlivosťou o dieťa. Rodičom poskytuje informácie o adaptačných fázach, ktorými prechádza rodina so zdravotne postihnutým dieťaťom. Rodičia musia mať pocit, že aj keď momentálne sestra nie je s nimi, môžu ju požiadať o pomoc, majú v nej oporu, ktorá im dodáva pocit istoty, že robia veci správne, tak ako ich sestra edukovala.
- Sestra pozoruje interakciu medzi rodinou a postihnutým dieťaťom, podporuje pozitívny vzťah matka – otec – dieťa. Usmerňuje kontakty rodičov, prípadne priamo vytvára skupiny rodičov so zdravotne postihnutými deťmi a organizuje ich stretnutia, usmerňuje

diskusiu, riadi priebeh týchto stretnutí, prípadne pozve na diskusiu odborníka na problém, ktorý sa vyskytol – lekára, psychológa, špeciálneho pedagóga, fyzioterapeuta.

- Sestrou vypracovaný plán ošetrovateľskej starostlivosti je determinovaný druhom postihnutia, špecifikami postihnutia pri zachovaní jeho individuality, podmienkami v rodine, možnosťami zabezpečiť nevyhnutné potreby dieťaťa.
- Sestra rodičov sústavne podporuje, posmeľuje, usmerňuje.
- Sestra zisťuje rozsah rekreačných aktivít rodičov ako prevencie preťaženia.
- Sestra odporúča rodičom aj iné možnosti zabezpečenia starostlivosti a dieťa v spolupráci so sociálnym pracovníkom (osobná asistencia dieťaťa od 6 rokov veku, respitná starostlivosť, ...).
- Súbežne s dospievaním dieťaťa sestra realizuje postupný prenos zodpovednosti za dodržiavanie terapeutického režimu a vykonávanie ošetrovateľských/ sebaobslužných úkonov z rodičov na postihnuté dieťa – budúceho dospelého.

Záver

Holistické ponímanie zdravia a choroby predstavuje prerod od fyziologického (biologického) poňatia zdravia a choroby cez poňatie duálne, zahŕňajúce fyziologickú a psychickú stránku zdravotného stavu človeka, až k poňatiu holistickému, vymedzujúcemu fyziologickú, psychickú a sociálnu dimenziu ľudského zdravia a choroby. Tento prerod znamenal nový pohľad na chorobu a zdravotné postihnutie, pretože chápe chorobu ako prejav dysfunkčnej interakcie medzi biologickými a psychickými funkciami jednotlivca, prírodou a sociálnym prostredím. Znamená to, že poškodenie alebo obmedzenie spomenutých subsystémov bude mať dopad na fungovanie celého systému ľudského zdravia a choroby.

Izolovanosť ľudí so zdravotným hendikepom je závažným javom premietajúcim sa do všetkých oblastí života. My sme našou prácou chceli poukázať na to, že aj ošetrovateľstvo môže svojou mierou prispieť k integrácii zdravotne postihnutých ľudí ako rovnocenných členov spoločnosti.

Použitá literatúra:

- [1] BÓRIKOVÁ, I. 2004. Využitie klasifikačných systémov v ošetrovateľstve. [online] [citované 17. december 2011] Dostupné na:<<http://www.zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/borikova.pdf>>
- [2] BRAŽINOVÁ, A., REHÁKOVÁ, A. 2006. Zdravotné postihnutie a diskriminácia. [online] Marec 2006. 35 s. [citované 27. december 2011] Dostupné na: <http://www.equalslovakia.sk/fileadmin/user_upload/projekty/27_1.2_Zdravotne_postihnutie_a_diskriminacia.pdf>
- [3] ČERVEŇANOVÁ, E., POLIAKOVÁ, N. 2011. Prevencia u detí v období 1 – 5 rokov v ambulantnej starostlivosti. In *Sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotnictva, Katolíckej univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski*. [CD-ROM]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5, s. 102-114.

- [4] *MKF – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia*. 2003. Bratislava : EKO VYS, spol. s r. o., 2003. 198 s. ISBN 80-968689-1-8.
- [5] VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšír.a preprac. vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Kontaktné údaje

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Fakulta zdravotníctva

Študentská 2

911 50 Trenčín

Slovensko

e-mail: katarina.gerlichova@tnuni.sk

e-mail: iveta.matisakova@tnuni.sk

THE PROBLEMS OF NURSES' PROFESSIONAL TRAINING TO THE SANITARY-HYGIENIC UP-BRINGING AND PREVENTIVE WORK WITH PUPILS (SCHOOLCHILDREN) IN POLAND AND UKRAINE

Olga Goray

Zhytomyr Nursing Institute

Abstract

Objective preconditions of nurses' training for the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils of general educational establishments are researched in this article. The absence of the only system of professional training of the future nurses concerned knowledge about the healthy way of life is clarified. The nurses' role of general education institutions in realization the tasks of preserving the schoolchildren's health and in formation of the healthy way of life is indicated by Poland's experience.

Key words

Sanitary-hygienic up-bringing, preventive work, nurse.

PROBLEMATIKA PŘÍPRAVY SESTER K VÝCHOVNÉ A PREVENTIVNÍ PRÁCI SE ŠKOLNÍMI DĚTMI V OBLASTI HYGIENY V POLSKU A NA UKRAJINĚ

Abstrakt

Tento článek se zabývá problematikou vytváření podmínek pro přípravu sester pro práci sester se školními dětmi v oblasti vzdělávání a prevence v oblasti hygieny. V současnosti neexistuje jednotný systém přípravy budoucích sester v oblasti správného životního stylu. Role sestry v obecném procesu vzdělávání a prevence v oblasti hygieny u školních dětí je zřetelná v případě Polska.

Klíčová slova

Vzdělávání v oblasti hygieny, preventivní práce, sestra.

Reforming the public education of Ukraine is the part of renewing all educational systems that are functioning during the last decades in the European countries and are closely connected with the problem of competent specialists' professional training that are able to be focused on continuous market changes and pay enough attention to self-and-professional development.

Investigation and implementation of the progressive European states' experience that includes the correction of each national educational system is an important factor in solving the given problem.

Grounding on the Conception of Ukrainian health services development affirmed by the President of Ukraine in 2000, the state special-purpose social Conception “The nation’ health” for 2009-2013, the resolution of the Cabinet of Ministers “About the confirming the state special-purpose social programme of reducing the harmful influence of tobacco on peoples’ health on the 2012 period” it is identified that the society and the state are responsible for the youth’ health level and carry the burden of improving the study, work, life and rest conditions, perfecting the health services and introduction the healthy way of life.

The problem of considerable improving the schoolchildren's health is rather important and up-to-date. One of the ways of solving that very problem is joining the medical specialists to the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils.

The nursery education reform is developing in Ukraine and that means that new functional elements, notions about their role in the medical services are input to the process and content of nurses’ teaching. In spite of the best scientific achievements, the ordinary way of life, the experience moves forward the meaning of the human individuality, its psychology, knowing the main pedagogical principles.

Many scientists showed their interest at researching the healthy way of life among children, teenagers and students. From our point of view the following authors are worth mentioning: O. Vakulenko, O. Dubogaj, L. Zavatzka etc...

The results of studying their works give as the possibility to affirm that the efficiency of organizing and introducing the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils depends upon the integral system (organizations and structures interconnections) where the significant role is given to the medical specialists who work at school. Today nurses’ and medical assistants’ teaching to the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils revealed some kinds of problems that are caused by traditional teaching methods not relevant to the innovative technologies.

Besides it is also revealed that there exist some discrepancies in the system of sanitary and hygienic up-brining at nurses’ (medical assistants’) professional activities between the rapid tempo of cumulating the scientific-pedagogical knowledge and possibilities if its learning by the future medical workers in their elucidative activities; integrity of the concrete tasks oriented at forming the medical specialist’ individuality and fragmentariness of the professional training in the medical establishment of I-III level of state accreditation.

While making the comparative analyses of the problem of training the nurses to schoolchildren’s sanitary and hygienic up-brining it’s worth mentioning the first steps in developing this very problem that can be found in the National Educational Committee (1773). V. Vojnarovska and A. Mavkovska [6, c. 25] say that it was the first state document that touched upon problem of the pupils’ care. This act influenced sufficiently the work of E. Schnjadetzkyj (1768-1838) “About the children’s physical up-brining”. It resulted creation in Poland the specialized school that drew the school teacher into the physical training lessons (Kremenchuk lyceum) [6, c. 27].

Among the innovators of school medicine we can name: G. Jordan (1842-1907) – the author of “Jordanian kindergartens”, S. Kopchinskyj (1873-1933) the organizer of school hygiene at

Poland's renaissance, T. Zhulinskyj (1838-1885) the author of the first text-book on hygiene. The first vacancies of school doctors appeared at the turn of the XIX i XX centuries. Along with this process started the work of the school hygienist [6, c. 22].

The up-to-date system of the Poland pupils' health services takes its origin from the philosophy of popularizing the healthy way of life recommended by World Organization of Health Protection where the object of interests of school health services are all the pupils and the school staff.

School is the environment that supports and improves the pupil's health by means of their and their parents active involving into the training process. Its purpose is "to make the pupil healthier at school" says an outstanding Polish hygienist chief of the school hygiene chair M. Katzpshak (1888-1968). Owing his concerns school hygiene separated as specialization and was renamed into school medicine.

The rules of realizing the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils-teenagers changed many times over the long period of time. It was the result of alteration supervisors' approach to this and was closely connected with social and health changes in Poland that happened for the last years. That's why pupils' and their families' style of life changed again and new health and social problems arose.

Introduction the new law "About the general medical health insurance" on February 6, 1997 determine the contemporary principles of the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils and caused nullification of directions of the legislative act from 1992.

The up-to-date organization of pupils' health care was adopted due to the law taken on 23 January 2003 "About the general medical health insurance within the National Health Fund"

The preventive work and sanitary-hygienic up-brining with the schoolchildren is one of the most important elements of the health-improving policy in Poland which contributes to the entire system of preventive health services at children and youth in Poland and is the inalienable part of the whole health services system.

The purpose of the preventive work and sanitary-hygienic up-brining with the schoolchildren is:

- the support of the children and youth development at the school age;
- the interaction of all spheres to the pupil's benefit.

As the Polish experience shows the first step oriented on solving the given problem is reorientation of medical health services which aim is broadening the specialized health services' responsibility as for the healthy way of life and its components promotion. The programs and projects of health promotion among the pupils at schools are to be implemented in the educational establishments.

We'll analyze the modern ideas of the Polish medical health services system concerned pupils which are based on the strategy "Health for everybody" presented at V. Brovska work [7, c. 198]. The author circles out the following ones:

1. The objects of care are pupils (not only with the disorders in health but with the risk of their appearance), teachers and other school staff that together with the pupils and their parents who create the social school surroundings.
2. The main accent is directed to the protection of human health and primary prophylaxes. The nurse should encourage the school society members to independent identification of own problems, to be active in creating the healthy school surroundings.
3. The school must be the environment that supports the healthy way of life and implements the school project of health support.

As V. Brovska says [7, c. 186] the ground for building such conception was the thought that the human health depends upon four groups of factors: the life style (20%), environment (50%), genetic factors (20%) and health services (10%).

The pupils' health depends upon many factors first of all their life style that origins from social and economical trends, society support physical and social school surrounding, health education.

We completely share V. Brovska ideas [7, c. 185] who circled out the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the pupils as the system that includes:

- Nurses done preventive work;
- Observation over the preventive work with the schoolchildren;
- Teaching and perfecting specialists' professionalism in the area of the preventive work with the schoolchildren;
- Pupils' health state control.

According to the legislation the control over the school medicine is carried out by different institutions and organizations in Poland dependently upon their functions in the health services system. There does not exist any system able to put into practice preventive work with the pupils now. The explorations are continuously provided over creating the unitary system oriented at perfecting the sanitary and hygienic up-brining and preventive work.

We share the Polish scientists' thoughts that exactly the sanitary and hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren will favour the peoples' health improving in the future.

The nurse conducts the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren from the age 6-7 till 18-19 (from the "0" form to the last school form) in the teaching and up-brining environment.

Her role and tasks changed along the years together with the medical health services system changes.

The school nurses exist from the end of 80-s XX century (when the vacancy of school doctor was almost eliminated) in the majority of schools and are the only persons who had the professional medical education and skills from sanitary-hygienic up-brining and preventive work. The certificated nurses who are named the surroundings' nurses in the environment of

teaching and up-brining (have the higher medical education) make the majority of them. The rest of group (nearly 10%) makes school hygienists. To realize the preventive work with the schoolchildren nurses are to stand the demands that are presented at nurses' and hygienists' qualification characteristics. According to them the nurse must have the following qualification:

- The right to fulfill the professional skills;
- The completed qualification course at nursing (not later than 2 years from the beginning of the professional carrier);
- The completed elementary training;
- The completed immunization course;
- The completed elementary training in the sphere of caries and viruses diseases;
- The specialization at nursing, completed specialized courses are recommended (participation at least one qualification course during the last 3 years including the options on Pedagogic).

The sanitary-hygienic up-brining and preventive work is carried out in close interaction of medical specialists and parents. The sanitary-hygienic up-brining and preventive work are also oriented at forming skills necessary for every day life.

There are the following institutions and organizations that control the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the pupils:

- The Ministry of Health, the Ministry of National Education and the Ministry of Sports and Tourism supported by the national consultants in independent branches of medicine (Pediatrics, Pediatric nursing, family medicine, labour medicine and children's dentistry) Mother's and Child's Institute.
- Insurance companies (supervision over the medical health services).
- The State Sanitary Inspection supervises the hygienic process conditions: teaching, up-bringing, rest, sanitary-epidemiological conditions (of the staff and the workrooms), carries out the work on prevention and struggle with the infectious diseases, introduces the educational health promotion activities.
- The governor of province executes the legislative and organizational supervision through the Governor's Public Health Centers.
- The territorial self-governments present the interests of the given administrative region, create the medical establishments dependently upon the population's need,
- The professional nurses' and doctors' associations control the individual nurses' and doctors' practical work [7, c. 175].

Taking into the consideration the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren experience the aim of our research was to detect the effective ways of solving the problem of nurses' teaching for that very kind of activities.

On the basis of theoretical grounds of future nurses' (medical assistants') training to the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren determined by the

conceptual proposition of the humanistic, systematic approaches, the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren we deal as the pedagogical system that includes the health promoting, educational activities determined at raising the informational competence concerned health and its protection, forming the general hygienic culture and skills, motivating the healthy way of life at people and the society as well. The sanitary-hygienic education is one of the most important link of education that foresees the systematic and purposeful influence on forming the schoolchildren's individuality.

The results of systematization the problem of nurses' (medical assistants') training to the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren; teachers', nurses', higher medical educational establishments' heads' questioning, the data of the factorial analyses showed that the effectiveness of nurses' (medical assistants') training to the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the pupils depends upon: the peculiarities of the teaching process, the necessary equipment, making the professional surroundings, perfecting the academic-methodological supplement, forming the skills on sanitary-hygienic education and preventive work with the pupils, "student-teacher" interaction, the culture of life-style, usage of the up-to-date pedagogical technologies and interactive educational methods, the monitoring system.

Thus we elaborated the structurally-logical model and implemented it into the nurses' teaching process. Also the educational scientific methods were probated within the experimental model that made properly valid the sufficiency of the organizationally-pedagogical conditions that provide the effectiveness of forming the nurses' (medical assistants') readiness to advance the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren. Organizing the experimental groups during the optional course introduction into the educational process made it possible to detect the dynamic characteristics of professional level readiness formation. At that very stage the optional course "The sanitary and hygienic education and preventive work with the schoolchildren" allowed to systemize the students' level, elaborate and implement the methodological recommendations oriented at forming the necessary knowledge and skills. Throughout the 2009-2011 the author's methods were iteratively applied that gave the possibility to correct the conditions of forming the nurses' (medical assistants') readiness for advancing the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren.

To our mind the existing in Ukraine model of training the nurses' (medical assistants') readiness to advance the sanitary-hygienic up-brining and preventive work with the schoolchildren is not relevant to world and European standards.

The process of educating the healthy harmonically developed generation is impossible without sanitary-hygienic up-brining and preventive work that is conducted at school by medical specialists. The presented materials do not settle the disputable issue so in our further investigations we'll continue to research the given problem.

The list of the used literary sources

- [1] Даниленко Г.М. Гігієнічні основи системної оптимізації формування здоров'я дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу. Дис. д-ра мед. наук: 14.02.01 /

Держ. установа “ Інститут гігієни та мед. екології ім. О.М. Марзєєва АМН України”. – К., 2007. – 319 с.

- [2] Москалець Г.М., Якуторич Н.В., Смірнова Т.М., Аксенов В.І. Складові моніторингу функціонування системи охорони здоров'я за даними вітчизняної та зарубіжної літератур // Досвід виконання міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. К., 2006 .- с.- 67-68.
- [3] Стандарти практичної діяльності в шкільній медицині. // Медична сестра. – 2007. – № 1. – с. 36–37.
- [4] A.Oblacińska, W.Ostęga (red): Standarty i metodyka pracy pielęgniarki s higienistki szkolnej, ImsDZ, Warszawa 2003, s.89.
- [5] B.Woynarowska: Zdrowie i szkoła PZWL Warszawa 2000, s. 18-35
- [6] B.Woynarowska, A.Małkowska, M.Pułtorak, W.Sokołowska: Współpraca pracowników szkół z pielęgniarką/higienistą szkolnym, IMiDz, Warszawa 2003, s.20.
- [7] Beata Brosowska, Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz: Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, tom II, wyd. Lublin 2008, s.175.

THE SYSTEM OF NURSING PROFESSIONAL TRAINING IN UKRAINE IN THE CONTEXT OF THE BOLOGNESE PROCESS

Svetlana V. Gordijchuk

Zhytomyr Nursing Institute

Abstract

The aim, main tasks, planning and organization of the studying process in Zhytomyr nursing institute in the conditions of the credit-modular systems implementation are identified.

Key words

The studying process, the credit-modular system, the higher medical educational establishments.

SYSTÉM PROFESIONÁLNÍ PŘÍPRAVY SESTER NA UKRAJINĚ V KONTEXTU BOLOŇSKÉH PROCESU

Abstrakt

Článek se zabývá cílem, hlavními úkoly, plánováním a organizací studijního procesu v Žitomirské zdravotnické škole v podmínkách zavádění kreditně-modulárního systému.

Klíčová slova

Studijní proces, kreditně-modulární systém, systém vyššího zdravotnického vzdělávání.

Arranging the general problem and its interconnection with the important scientific or practical tasks

Reforming the public education in the system of the contemporary European tendencies set up before the Ukrainian intelligence, tutors, scientists and statesmen the tasks of preparing the youth that ground on the best achievements of the world and Ukrainian pedagogical science, history and culture[1]. One of the main trends of reforming the professional education in Ukraine now is its modernization according the European model that aims at unification of the higher education to the common standards and criteria. The transition of our state to the democratic society and to the free market eco free economy demand the considerable changes in the human consciousness. Taking into account that the very education makes the professional psychological and social fundamentals of the nation development its reform is the first step to forming the new-mind human being and the further development of the social knowledge [2]. Ukraine defined the precise guideline of coming into the educational and scientific space of Europe that requires the modernization of the educational activities in the context of the European needs. The implementation of certain ideas of the Bolognese process

by the professional education system of Ukraine is one of the necessary conditions of Ukrainian incoming into the European zone [3].

The problem of the medical education quality is actively solved by the European society during the last decades. The necessity of reforming the medical education system of Ukraine its improving and rising the quality level are one of the most important social and cultural problems on the way to the Euro integration. Ukraine became the participant of the Bolognese process [4].

The integration into the European zone is undoubtedly indispensable. The movement into the European educational space foresees the block of changes that concern both the subjects' titles - the teaching methodology as well as evaluating the students' knowledge level. This is the only way of achieving the students' and teachers' mobility in the contemporary educational space [5].

The analyses of the latest researches and publications where the solving of the given problem is initiated and which are the author's ground for dealing out the uninvestigated aspects of the whole problem is represented in the article.

The studying of reforming the higher education in Ukraine in the context of integration into the Bolognese process is quite urgent as the cardinal renewing the educational system became one of the conditions of renovation the nation's intellectual potential, national revival and society democratization. The problems and prospects of Ukrainian incoming the educational space of the European countries, advantages and risks of reforming the higher education are investigated in the works of the scientists of our country. Thus the aspects of the national identification in the context of the global processes are analyzed by V. Bondar, K. Korsak; legislative basis – V. Kremin, D. Tabachnik; the structural educational changes – M. Golovatyj, S. Gunko; new trends of credit-modular system implementation into the activities of the higher medical and pharmaceutical establishment – V. Voronenko, O. Volosovetz.

Making the article's aim (tasks)

The revision of the home policy and social priorities in the independent Ukraine introduced absolutely new paradigm of education and up-bringing, transition from bringing up the citizen of the certain country to the citizen of the world who is quite responsible and educated whose moral qualities refer to the complex tasks which are to be settled.

The main aim of the given article is the scientific substantiation of introducing and effective functioning of the -modular system of teaching the specialists in Zhytomyr nursing institute.

The main tasks of the credit-modular system educational process organization in Zhytomyr nursing institute are:

- improving the educational quality of the specialists and ensuring their competitiveness;
- growing the prestige of the Ukrainian medical education in the European and world scientific-educational space;

- perfection of the process of requiring the knowledge in the conditions of medical education reforming and Ukrainian penetration into the European educational system;
- ECTS adaptation to the Ukrainian medical education system for providing the students' mobility in the study process and the postgraduate teaching taking into the consideration the changeable domestic and international needs of the labor market;
- stimulating the participants of the studying process for getting the qualitative education.

Assigning the main material with the whole grounding of the scientific data.[

The basis for planning and organizing the educational process in Zhytomyr nursing institute are:

- the academic year duration is 52 weeks. Finals are taken at the end of each term. The practical classes and continuance are defined by applicable legislation – the State educational standards (educational qualification characteristics, curriculum) of specialties;
- the size of the student's load (work content) is set up in the academic credits. The credit foresees all kinds of educational activities necessary to finish the education in the establishment: lectures, practical classes, seminars, tutorials, individual work – at the library, class-rooms, computer classes and also at home (examination, final credit), practical training and other kinds of activities connected with the evaluation. Thus, the credit is based on the certain student's load and is not restricted just by teaching in the educational establishment. The general amount of hours assigned for certain subject combines hours for lectures, practical classes, seminars, laboratory works, individual work and control events (with the line and final estimating). There are separate credits for all kinds of practical classes, qualification exam, preparing and defense of a graduation project on competing the degree of Master. There also exist the correlation between the academic hours, individual work dependently on the content and specific character of students' activities. The credits number for every other subject is estimated by dividing the general amount of hours of the certain subject to the credit value;
- the main legislative document that specifies the studying process organization is the curriculum elaborated according the demands of the State educational standards of preparing specialists (educational qualification characteristics). It contains the educational process schedule and plan. The curriculum according to the demands of the ECTS defines the number of subjects that the student should pass to get the certain educational and qualification level (the junior specialist, the bachelor, the master) the information about their size (in credits and hours), different kind of individual work, the character of final tests, the succession of studying and recommended term differentiation.
- the compulsory and optional subjects are structured in the curriculum without dividing into the credits. They also refer to the cycles of studying – humanitarians, social-economical, nature-scientific, professional and practical. Special attention should be payed to enlarging the part of individual work that makes 1/3 or 2/3. The curriculum is made by taking into the account the documents of Department of Health and Board of Education and at planning the educational process in the educational establishments.

The curriculum of the subject is elaborated by the chair due to the state and branch standards of the higher education and is signed by the chair head, coordinated with the academic-methodological department and approved by the rector;

- the educational process at the institute is realized according the following educational activities; credit hours, students' individual work, practical training and testing. The practical classes are held due to the confirmed schedule;
- the organizing the study process and estimating the students' knowledge level in the CMS lies in reorganizing the very educational process. The individual and creative student's work is in the basis of the world and national educational standards. This principle is in the ground of creating new informational technologies. The individual work is scrutinized as one of the main components of the teaching activities in the structure of the student' studying load. The creative work is close to the scientific comprehension and can be possible as a result of self education based on using the technological schemes. Besides such kind of work must take into the consideration the student's creative abilities, his teaching achievements, interests, scientific activities. The individual work is the form of organization of the teaching process that foresees creating the conditions for realization the students' potential through development of their abilities and research work. Tutorials at fresher's are oriented at the deeper studying of the certain subjects, in upper level they have the research character and provide student's participation at carrying out the research projects and other creative tasks. Tutorials are the main kind of individual work. They may be of the individual and group character and are held to light up some theoretical and practical aspects of different problems. They are held under the supervision of the teacher at extracurricular time in accordance with the schedule made be the chair and confirmed by the vice-rector of the academic-methodological activities due to the needs and possibilities of the student. They are aimed at deepening and systemizing knowledge with their further practical application. The individuals are carried out independently but under the teacher's management; if the tasks are of the complex character some students from different faculties and specialties can participate in them. The individual-research tasks (IRT) that contribute to the innovative educational technologies are among the variety of individual tasks. IRT the kind of student's extracurricular individual work that has the educational, scientific or projective character and is used in the process of studying the planned material on the subject. The variety of the individual-research tasks are: credit (modular) synopses according to the defined plan or student's self-made plan, summary to the general or specified problem, modeling practical or situational tasks of different levels and topics, annotation of the additional literature on the course, the bibliographic description etc;
- the student can get the extra credits for participation in the olympiads in-and-between the educational establishments, all-Ukranian and international scientific conferences, publishing the results of authors' scientific researchers that can be equaled to the to the individual-research tasks.

The additional credits (their amount the teacher sets up by himself only due to the very subject) can be scored by the teacher of the certain subject and added to the general quantity of student's points (to the cumulating account of the given subject). Besides these points can be taken into the general rating and taken into the account while getting recommendations to magistracy etc.

- learning the subject essence on every separate subject occurs during the classes, individual work at students' free time without teacher' managing while doing the individual-research tasks -
- (IRT) and so on. The final mark on each subject is integral and considers all kinds of students' educational activities. The special significance in the credit-modular system has the students' independent work directed to learning new material. The independent work foresees the work at all subject material (making lecture synopsis, work with the text-books, tutorials, the methodical manuals, interactive academic-methodological subject package). The teacher circles out the content of the students' independent work and directs it to learning the necessary material, makes prior accents on the main aspects of the subject, carries out the methodological recommendations for better studying of the complex topics and suggests the questions for self-control. The quality of the independent work processed on the subject's material is controlled by the teacher at each lesson (line control) and during the final tests;
- the tests that assess the specialists' training quality are the indispensable element of the feedback in the educational process. They ensure detecting the students' educational level and allow to correct if it's necessary the educational process. Such kinds of control are used at the institute: line, module, final. They are proposed by the curriculum and their results are to be registered and taken into account. The marks or points are the only reason for summing up the final points' sum. The evaluating system within the credit is cumulating: reducing or cancelling the got sum of points is strictly forbidden;
- the line control is realized during the practical classes seminars and laboratory work. The points are put for every kind of educational activities and registered. The module control is held after learning by students specific substantial modules. Tests to each module are recommended to be kept during the term. The final control includes complete course tests or student's state academic assessment.
- The course credit tests within the credit-modular system allow not to held exams or credits. Thus due to the subject's peculiarities the complete course test can be of the traditional character (their list is confirmed annually) especially within the subjects that foresee the monitoring of the professional knowledge and skills on the final stage (the professionally-oriented cycle). The teacher informs the students about the form of the final control (oral, written, testing etc.) at the very beginning of studying the subject. In other cases passing the credits can be realized without organizing term' exams due to the results of the different kinds of subject's control that show the results the student's knowledge quality during the academic year.
- The final mark at every subject is put according the points got by the student for passing each credit. Each subject's marks scale is equaled to 200 points and also converts into the national mark and ECTS scale. The total minimum point quantity that ought to be collected for getting the high level mark at separate subject is 120 points. It should be mentioned that the student must get the necessary minimum on each credit including the points for individual and independent work. Students who got during the term the necessary amount of points and reached the upper level (not - less than 60% from the total score – 200 points have the possibility not to take exams but to get the examinational mark converted according the national system. The teacher puts in the academic group register total absolute (rating) points and the converted national marks the week earlier before the examinations to all the students

who fulfilled the curriculum and are assessed for their progress within the CMS. The students who missed classes on reasonable excuse and cannot get the necessary amount of points relevant to the middle and upper level and do not have the additional point may catch up with the group by individual work on that topics at the extracurricular time. As the result these points are registered and added to the general amount of points. The general rating points' sum is defined and fixed just due to results of the long-term control if the exam is failed and the final course credit is put with the zero rating point.

The investigation conclusion and projects of further development in the given direction:

1. Introducing credit-modular system gives the possibility to make the study process more efficient and promotes further forming the professional skills and individual qualities of the future specialists.
2. Using the complex system of knowledge evaluation allows to intensify the educational process and to improve the quality of students' training.
3. Implementation the credit-modular system foresees enlarging the meaning of individual and independent work in the educational process.
4. While joining the Bologna process we've got the possibility to adopt the positive European educational experience and to develop own achievements. The implemented reforms will give the opportunity to improve the medical health services of Ukraine to provide the competitiveness of the medical specialist's diploma or certificate on the labor market to make it attractive for residents and non-residents to study at Ukrainian higher medical educational establishments.

Bibliography

- [1] Ніколаєнко С. Вища освіта – джерело соціально-економічного і культурного розвитку суспільства. - К.: Знання, 2005. -319с.
- [2] Рудавський Ю. Кредитно-модульна система організації навчального процесу як необхідна умова інтеграції вищої освіти в Україні в європейській освітній простір: Доповідь на нараді ректорів ВНЗ, Харків, 17-18 березня 2004 р. // Аудиторія. – 2004. – Ч. 10. – 26 березня – 1 квітня. – С. 4-5.
- [3] Козак Т. Інформаційна модель освітньої діяльності вищого навчального закладу III-IV рівня акредитації. // Нові технології навчання: Наук.-метод. зб. / Ред. кол.: В.О. Зайчук (головний редактор), О.Я. Савченко, М.Ф. Дмитриченко та ін. – К.: НМЦ ВО, 2003, вип. 35. – С. 201-215.
- [4] Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. — Київ: ІВЦ Видавництво "Політехніка", 2003. - 200 с.
- [5] Спирін О. М. Цілі та завдання Болонського процесу // Вісник Житомирського державного університету ім. І. Франка. – 2004. – № 17. – С. 55-57.

Contact

Gordijchuk, S.V., the head of the academic-methodological department
Zhytomyr Nursing Institute
Candidate of Biology,
associate professor of the “Public-health nursing” chair

KLOKÁNKOVÁNÍ – ZAHŘÁT DÍTĚ NA TĚLE

Lenka Görnerová

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Článek pojednává o metodě klokánkování u novorozenců. Je to metoda kontaktu kůže na kůži, která vytváří a prohlubuje pouto mezi novorozencem a rodiči. Lze ji využít jak u fyziologických novorozenců, tak i nedonošených dětí, které jsou odkázáni trávit určitou dobu po porodu v inkubátoru. Je to přirozená metoda, která se používá více jak 40 let. Pro rodiče je klokánkování velmi silným zážitkem. Klokánkování je prostá metoda, která přináší pozoruhodné výsledky i v našem přetechizovaném světě.

Klíčová slova

Klokánkování, novorozenec, matka, otec.

KANGAROO CARE – BABY WARMED ON BODY

Abstract

This article deals with the kangaroo care for newborns. It is the skin to skin contact method which creates and strengthen the bond between newborn and its parents. It can be used for both regular term and premature delivery newborns which must spend some time after delivery in incubator. It is a natural method which is used for more than 40 years. Kangaroo care is a strong experience for both parents. It is a simple method which brings surprising results in this over-industrialized world.

Key words

Kangaroo care, newborn, mother, father.

Úvod

Klokánkování je bazální stimulace, kterou lze využívat při ošetřování novorozenců ve zdravotnickém zařízení i v domácím prostředí. Jde o jednoduchou a přirozenou metodu, kterou rodiče velmi dobře přijímají. Klokánkování je metodou kontaktu kůže na kůži, umožňující vznik pouta mezi rodiči a dětmi, a to již od samotného narození. Klokání péči můžeme přitom definovat jako dostupnou a biologicky přirozenou metodu péče. Opodstatněnost klokání péče vyplývá z výhod, kterou to má pro matku i dítě.

Východiska řešení problematiky

Klokánkování je nejúčinnější během prvního týdne života. Metoda klokánkování se zrodila se v roce 1978 v kolumbijské Bogotě v porodnici jedné chudinské čtvrti. Měli tam tehdy nedostatek inkubátorů a četné infekce. Matky po dlouhém odloučení své předčasně narozené

děti často opouštěly. Pediatr E. Rey Sanabria se svým týmem se rozhodl situaci napomoci tím, že ženám nabídl, aby své maličké děti nosily přímo na těle 24 hodin denně. Bylo-li dítě ve stabilizovaném stavu mohla s ním žena porodnici opustit i druhý den po porodu. Samozřejmě byly následné pravidelné kontroly. Miminka oblečená jen do plínky, vlněného kulichu a teplých ponožek, byla pruhem látky připevněná na matčin nahý hrudník mezi prsy a skrývala se pod oblečením matky. Podmínkou bylo, že žena nebo její muž či příbuzní bude v takovém fyzickém kontaktu s dítětem ve dne v noci a z „klokání kapsy“ ho bude vyndávat jen na přebalování a občasné vykoupání. Takto byla miminka zahřívána po potřebný čas, převážně do doby termínu porodu. Bylo nutné, aby pravidelně přibývaly, jako by tomu bylo v děloze. Většina lékařů o bezpečnosti takového počínání pochybovala, proto se skupina kolumbijských lékařů v roce 1989 rozhodla svůj systém podrobit srovnávacím šetřením. Podařilo se jim dokázat, že malí „klokánci“ rostou stejně rychle jako děti z inkubátorů a po jednom roce mají dokonce větší obvod hlavy. V současné době se tato metoda využívá běžně na novorozeneckých odděleních na celém světě včetně České republiky a nejenom pouze u nedonošených dětí, ale i u novorozenců matek po císařském řezu, kde klokánkují otcové děti. Odborníci dnes disponují důkazy o tom, že klokánkování může být přínosem nejen v zemích s neadekvátním technickým vybavením, ale i tam, kde jsou pro péči o novorozence dostupné nejmodernější přístroje. (Tallandini, 2006)

Dostatečný tělesný kontakt matky s dítětem má totiž pro oba aktéry jedinečné, vzájemně provázané psychologické a fyzické výhody. Při klokánkování mají děti stabilnější srdeční rytmus, pravidelněji dýchají, jsou lépe okysličené. Tělesná teplota méně kolísá, děti méně pláčejí, dělají méně trhavých nekoordinovaných úlekových pohybů. Naopak rychleji přibývají na váze, rychleji se jim vyvíjí mozek, o poznání lépe spí a tráví delší období bdělosti. Méně trpí infekcemi a mohou mnohem dříve opouštět nemocnici. (Jiráková, 2006)

Cílem klokánkování je urychlení duševního a tělesného vývoje novorozence, zkvalitnění laktace, podpora citové vazby a prohloubení vztahu mezi matkou a dítětem. Je prokázáno, že tato poloha dítěte na matce zvyšuje produkci oxytocinu, dítě se pokouší o sání a to vše vede k posilování vypuzovacího či spouštěcího reflexu (let-down reflex) a zvětšuje se množství odstříkaného mléka.

Klokánkování u předčasně narozených dětí mnoho psychických a duševních výhod, jakými jsou:

- stabilizování srdeční frekvence,
- pravidelnější dýchání,
- lepší proudění kyslíku do celého těla,
- prevence stresu,
- delší periody spánku,
- rychlejší zvyšování hmotnosti,
- snížení bezúčelných aktivit, které jednoduše spalují kalorie na úkor růstu a zdraví,
- delší období bdělosti,
- snížení plačtivosti.

Všechna tato zlepšení stavu dítěte se samozřejmě pozitivně odrážejí i na psychickém rozpoložení rodičů. Pozitivně si uvědomují častější a delší kontakt s dítětem a možnost přivínout si ho k sobě do náruče. Tím se jim zvyšuje sebevědomí a ustupují obavy z přístrojů, které nedonošené dítě obklopují. (Jiráková, 2006)

Matka, která předčasně porodila, často trpí výčitkami, že nedokázala svoje dítě donosit. Když cítí tlukot srdce, dýchací pohyby a spontánní pohyblivost dítěte při klokánkování, získává pocit, že stav dítěte je lepší než si předtím představovala.

Podle posledních poznatků není hmotnost dítěte pro započetí klokánkování určující, významným faktorem je však stav daného dítěte. Jestliže dítě vyžaduje ventilační podpůrné prostředky, není to kontraindikací, ovšem přiložení dítěte přímo na hrud' matky je pro zdravotnický personál obtížnější realizovat. Zahájení klokánkování závisí samozřejmě na rozhodnutí matky.

Vhodným oblečením ke klokánkování je halenka nebo košile, která má knoflíky na přední straně. Zip se nedoporučuje, protože může dítě zranit nebo ho chladit. Materiál musí být dostatečně jemný k citlivé a nezralé dětské pokožce – bavlna, flanel, směs s převahou bavlny s uzpůsobeným povrchem, chlupatá vnitřní strana není žádoucí. Pro volnější pohyb matky s dítětem je vhodný opasek, který brání vysmeknutí.

Optimální je svislá poloha a její modifikace. Zpočátku se upřednostňuje uložení dítěte tváří k levému prsu matky, aby lépe vnímalo tlukot jejího srdce. Uvádí se, že svislá poloha umožňuje lepší dýchací proces - pravidelné a hlubší prodýchávání plic, a také dítěti usnadňuje uchopení bradavky a snadnější přísátí. Tato poloha se preferuje i v případě, kdy dítě má v náruči otec. Tělíčko dítěte může být mezi oběma prsy nebo podle potřeby na jednom z nich. Je třeba dbát na to, aby dítěti bylo teplo. Dítě je nahé, v plence, po uložení se přikryje oblečením rodiče, přikrývkou nebo kožešinkou. U nejmenších dětí se doporučuje čepička bez šňůrek.

Matka při klokánkování sedí a musí se cítit pohodlně a uvolněně, doporučuje se podložit si záda polštářem. Pokud se matka chce volně pohybovat, je to možné, ale v takovém případě je dobré pomoci si při fixaci polohy dítěte šátkem. S dítětem matka mluví, může mu zpívat, oslovovat ho jménem. Příjemný tělesný kontakt a hlazení dítěte se zvukovou kulisou je základem klokánkování. (Magurová, 2009)

U nedonošených dětí se začíná se klokánkováním trvajícím přibližně 5 minut, dle stavu dítěte, následně se doba prodlužuje podle přání a potřeb matky a zdravotního stavu novorozence. Nejvhodnější doba je zhruba 30-60 minut před krmením, kdy je dítě schopno se úspěšně přisát k bradavce. U mladších dětí je optimální čas po jídle, přičemž se tato doba může později prodloužit až do 2 hodin. Záleží na tom, jak to matce a dítěti vyhovuje. Klokánkuje se většinou 2-3 krát denně. (Magurová, 2009)

Klokánkování s otcem po operačním porodu se nijak časově neomezuje, záleží jak to tatínkovi vyhovuje, jelikož jde ve většině případů o zdravého fyziologického novorozence.

Pro rodiče je klokánkování velmi silným zážitkem, často jej prožívají jako chvíle, kdy mohou dítěti předávat svou sílu, odhodlání a víru v dítě, kdy se vzájemně mohou dotýkat, cítit teplotu

i vůni těla. Často pocítují zdánlivé splnutí s dítětem, ale zároveň mohou cítit, že dech a tep dítěte je jiný než ten jejich, že je skutečné a samostatné. Je však potřeba počítat s počátečním strachem rodičů. Ti se obvykle zdráhají vytáhnout dítě z inkubátoru, bojí se, že je příliš křehké, a tak pokud se rodičům nedostane podpory ze strany nemocničního personálu, často dochází ke zbytečnému opoždění kontaktu. Ačkoli po kontaktu mohou velmi toužit, pocit nemotornosti a obav ze zranění dítěte může být silnější. Po překonání počátečních obav je nakonec klokánkování pocítováno jako velmi příjemná zkušenost, kdy u množství rodičů vzniká poprvé pocit pouta, vztahu mezi nimi a dítětem. (Tallandini, 2006) Tvrdí, že vývoj mateřské identity se zdá být u matek, které předčasně porodily, zdatně zpomalen. Právě bezprostřední kontakt je důležitý k tomu, aby byla zkušenost pro ženu reálnější a přechod k mateřství snazší. Ve studii zaměřené na sledování vlivu klokánkování na bonding, úzkostnost matky a interakční signály dítěte (Tallandini, 2006) sledovali 40 předčasně narozených dětí, z nichž 21 bylo zařazeno do intervenční skupiny, která byla klokánkována, a 19, které obdržely pouze tradiční péči. U matek z intervenční skupiny došlo k významnému snížení stresu, lepší interakci matky a dítěte a zlepšení schopnosti dítěte reagovat na interakční styl rodiče. Spatřuje v klokánkování pozitivní přínos také na tvorbu mateřského mléka.

Do klokánkování je velmi důležité právě zapojit i otce. Ukazuje se, že i jim tento blízký kontakt s dítětem pomáhá nabýt pocitu rodičovského sebevědomí a vytvoření citového pouta k dítěti. Zdá se, že muži a ženy tuto aktivitu prožívají poněkud rozdílně. Otcové jsou často zahlceni šokem z předčasného porodu, vystrašení z nedostatku vlastních znalostí, cítí se neobratní, vyloučení z veškerého dění okolo dítěte, zbyteční. Bylo zjištěno, že otcové, kteří neměli možnost být aktivními účastníky v péči o dítě, se cítili pod větším tlakem a odcizili se v procesu péče. Klokánkování však hodnotí jako něco, co jim pomohlo cítit se jako součást života svého dítěte, něco, co urychlilo nalézání cesty k dítěti a vytvoření vzájemné vazby, něco co jim umožnilo, aby měli pocit, že zastávají rodičovskou roli (Leonard a Mayers, 2008). Pro některé tatínky je klokánkování považováno za natolik intimní a soukromou záležitost, že si přejí, aby je s postupem seznámily partnerky, nikoli zdravotnický personál. Považují to za akt, který náleží jen jejich nově vzniklé rodině. Jeden z otců dokonce klokánkoval až po propuštění dítěte z nemocnice, kde již neměl „diváky“, cítil se jistěji. (Leonard a Mayers, 2008). Souvisí to pravděpodobně také s tím, že muži na rozdíl od žen mluví o pocítovaném tlaku na jejich osobu. Přáli by si být bráni jako přirozená součást době hospitalizace dítěte, rodiče opět nabývají na svém sebevědomí, mají pocit, že jsou opravdu týmu pečujícího o jejich dítě, ale ne vždy se to daří. Často se cítí být kontrolováni sestrami a někdy dokonce „diskriminováni“, protože jsou muži, nikoli ženy - matky.

Závěr

Ukazuje se, že i přes počáteční obavy a bariéry (inkubátor) usnadňuje klokánkování vznik speciálního pouta mezi rodiči a dětmi (Tallandini, 2006). Klokánkování je jakousi jiskřičkou v pečovateli – rodiči, skrze něj nalézají nový smysl života. Je však potřeba rodiče motivovat a vést je k tomu, aby se nebáli a začali s klokánkováním a dotýkáním se svého dítěte, co nejdříve. Aby byla tato podpora co nejefektivnější, bylo by vhodné, kdyby rodičům pomáhal speciální poradce. Rodiče prozatím hledají oporu především v řadách zdravotního personálu,

umím si však představit, že ten není pro svou nadměrnou pracovní zátěž vždy a adekvátně k dispozici. Alternativní možností by bylo, kdyby vznikly další podpůrné skupiny rodičů, kde by si rodiče vzájemně poskytovali cenné rady a pomoc.

Některé matky vypovídají, že při prvním klokánkování měli poprvé pocit, že je dítě opravdu jejich, že pomáhá překlenout hlubokou propast, která na počátku mezi matkou a dítětem vznikla.“ (Leonard a Mayers, 2008)

Klaus zdůrazňuje, že by každá matka měla mít informace o různých způsobech, jak může strávit první hodiny po porodu se svým dítětem. Upozorňuje také, že celý tento děj může být přerušen kvůli nutnosti ošetření matky. (Klaus, 1998)

Klokánkování je prostá metoda, která přináší pozoruhodné výsledky i v našem přetechnizovaném světě.

Použitá literatura

- [1] Dittrichová, J., Papoušek, M., Paul, K. et al. 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*, 1. Vydání. Praha: Grada, 2004. 188 s. ISBN 80-247-0399-8.
- [2] Dokoupilová, M. 2009. *Předčasně narozené děti* [online]. 2009, [cit. 2011-01-28]. Dostupné z internetu: <http://zena.centrum.cz/rodicovstvi/deti-a-rodina/2008/6/18/clanky/predcasne-narozene-deti/>
- [3] Dokoupilová, M., Fišárková, B., Novotná, L. 2009. *Klokánkování* [online]. 2009, [cit. 2011-01-28]. Dostupné z internetu: <http://www.vasedeti.cz/tehotenstvi/sestinedeli/klokankovani/>
- [4] Jirásková, V. 2006. *Klokánkování – zahřát nedonošené dítě na svém těle* [online]. 2006, [cit. 2011-01-28]. Dostupné z internetu: <http://www.azrodina.cz/2357-klokankovani-zahrat-nedonosene-dite-na-svem-tele>
- [5] KLAUS, M. H. 1998 *Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics. Mother and Infant: Early Emotional Ties.* [Online] 1998. [cit: 2011-01-28] Dostupné na internetu: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/102/5/SE1/1244>.
- [6] LEONARD, A., MAYERS, P. (2008). Parents' lived experience of providing kangaroo care to their preterm infants, *Health SA Gesondheid*, Dec 1, 2008 Dostupné na internetu <http://www.thefreelibrary.com/Parents%27+lived+experience+of+providing+kangaroo+care+to+their+preterm...-a0189784875>.
- [7] Magurová, D., Bodíková, J. 2009. *Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi.* In *Zdravotnické noviny - Sestra* [online]. 2009, č. 5 [cit. 2011-01-28]. Dostupné z internetu: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/kangaroo-care-a-jeho-uplatneni-v-osestrovatelske-praxi-422433>
- [8] TALLANDINI, M.A., SCALEMBRA, Ch. (2006). Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction, *Infant Mental Health Journal*, Vol. 27(3): 251-275, Dostupné na internetu: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112611682/abstract>.

Kontaktní údaje

Mgr. Lenka Görnerová, DiS.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

Tolstého 16

586 01 Jihlava

email: gornero@vspj.cz, lenkagornerova@seznam.cz

PALIATÍVNA A HOSPICOVÁ STAROSTLIVOSŤ

Ivica Gulášová¹, Lenka Görnerová²

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Autorke analyzujú základné aspekty paliatívnej a hospicovej starostlivosti, poukazujú na jej náplň a význam v terminálnom štádiu ochorenia pacienta. Ďalej popisujú druhy zariadení, v ktorých sa paliatívna a hospicová starostlivosť poskytuje jednak paliatívne chorému pacientovi a jednak jeho rodine, respektíve jeho príbuzným. V závere príspevku približujú niektoré mýty a omyly ohľadne umierania u paliatívne chorých pacientov a v paliatívnej starostlivosti.

Keľúčovú slovú

Paliatívna starostlivosť, hospicová starostlivosť, umieranie, uspokojovanie potrieb, dôstojnosť.

PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

Abstract

Authors analyze basic aspects of palliative and hospice care, they point out to its content and importance in the terminal stages of diseases. They also describe kinds of facilities in which is provided palliative and hospice care for patients, their families and relatives. In conclusion are explained some myths concerning dying of palliative patients and palliative care.

Key words

Palliative care, Hospice care, Dying, Satisfying the needs, Dignity.

Úvod

Problematika paliatívnej starostlivosti je v posledných rokoch stredom záujmu viacerých medicínskych a iných odborných oblastí a vedných odborov. Lekári zvládajú akútne situácie, zachraňujú chorých, ktorí by v minulosti umierali. Často ich však nedokážu úplne vyliečiť. Niekedy len predĺžia ich život a často býva ťažké udržať jeho kvalitu podľa potrieb či pránia pacienta a jeho rodiny, blízkych.

Paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť – súcitná starostlivosť- je odvodená z gréckeho slova **paliatus** – **odetý plášťom** /FITZPATRICK, 1988/. Ide o aktívnu starostlivosť poskytovanú pacientovi, ktorý trpí nevylyiečiteľnou chorobou v pokročilom alebo konečnom štádiu. Cieľom paliatívnej

starostlivosti je zmierniť bolesť a ďalšie telesné a duševné problémy, udržať pacientovu dôstojnosť a poskytnúť podporu jeho blízkym.

Paliatívna starostlivosť:

- chápe umieranie ako prirodzenú súčasť ľudského života
- chráni dôstojnosť nevyliciteľne chorých pacientov a kladie dôraz na kvalitu života
- poskytuje podporu príbuzným a priateľom umierajúcich a pomáha im zvládnuť ich smútok aj po smrti blízkeho človeka /GREEN, 1999/.

Cieľovou skupinou paliatívnej starostlivosti sú pacienti v pokročilých a konečných štádiách nevyliciteľných chorôb napr. nádory, CHOPN, pečeňové cirhózy, ochorenie obličiek, demencie a iné. Klinický obraz je vo fáze umierania bez ohľadu na základné ochorenie podobný.

Paliatívnu starostlivosť delíme na :

- **Kontinuálna paliatívna starostlivosť** – poskytuje sa v období, keď zlyháva kauzálna liečba ochorenia. Cieľom je kontrola obťažujúcich symptómov ochorenia a predĺženie života pacienta.
- **Hospicová starostlivosť** – začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života. Sústreďuje sa na kontrolu symptómov a zlepšenie kvality zostávajúceho života. Venuje pozornosť aj duchovným potrebám, psychologickej podpore, poradenstvu a povzbudeniu nasmerovaného pre rodinu.

Hospicová starostlivosť

Hospicová starostlivosť existovala už v dávnej histórii. Je indikovaná pre pacientov, ktorí sa zrieknu kauzálnej liečby a rozhodnú sa pre hospicovú starostlivosť. Poskytuje sa v hospicových lôžkových zariadeniach, ale aj doma v spolupráci s rodinou pacienta

/GRUMANOVA, 2007/. Hospicová starostlivosť sa nesnaží o vyliečenie nevyliciteľných ochorení, ale aby záverečná časť života ťažko chorého pacienta bola pre pacienta prijateľná a kvalitná. Aby mu bola poskytnutá starostlivosť po telesnej, psychickej, sociálnej a duchovnej stránke, aby netrpel bolesťou a nebol nikým a ničím obmedzovaný vo svojich aktivitách.

Hospicová starostlivosť sa vykonáva v dvoch formách:

- domáca hospicová starostlivosť-paliatívna
- inštitucionalizovaná hospicová starostlivosť

Typy hospicovej starostlivosti:

- domáca hospicová starostlivosť laická – je poskytovaná opatrovateľom

- odborná domáca hospicová starostlivosť – dopĺňa laickú starostlivosť, je dostupná 24 hodín denne a 7 dní v týždni, poskytuje ju odborný tím
- ambulatná hospicová starostlivosť – je určená úplne alebo čiastočne mobilným umierajúcim, poskytuje ju špecialista
- stacionárna hospicová starostlivosť
- lôžková hospicová starostlivosť.

Hospic

– je medzinárodný termín označujúci domov pre ťažko chorých, nevyliciteľných pacientov.

Pôvod slova hospic je od slova *host*.

Hospice existovali už v čase antiky. Vznikali pozdĺž ciest vedúcich do Svätej zeme. Boli zriaďované mníchmi alebo laickým bratstvami. Pútnici sa v nich mohli zastaviť a oddýchnuť si. Bola im tu poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť a duchovná podpora. Často boli svojim putovaním unavení tak, že tu aj umierali.

Starostlivosť o pacientov sa postupne presúvala do špitálov. Umierajúci však boli v tom období nemocniciach odmietaní.

Prvým hospicom svojho druhu **bol Hospic sv. Kryštofa v Londýne**. Otvorený bol v roku **1967**. Hospic je moderným útočiskom pred eutanáziou. Poskytuje paliatívnu starostlivosť o terminálne chorých hlavne v domácom prostredí.

V hospicových zariadeniach

- je neobmedzený prístup návštev,
- je umožnené ubytovanie blízkych priamo na izbe pacienta,
- väčšina izieb v hospicoch je jednolôžková, aby bolo zaistené 100% súkromie pacienta, na izbe je navyše posteľ určená k ubytovaniu príbuzného.
- na návštevy môžu prichádzať aj deti, ak si to pacient praje a po zvážení situácie zo strany multidisciplinárneho tímu
- pacient si sám volí, kedy chce jesť a spať, nič nie je na povel
- pacienti tu môžu mať veci, ktoré majú radi
- pacient môže kedykoľvek pobyt ukončiť a znovu požiadať o prijatie do hospicu
- k dispozícii je samozrejme možnosť pobytu na čerstvom vzduchu – záhrady, terasy
- starostlivosť je individualizovaná, každý pacient má svoju osobnú sestru či ošetrovatelku /DOBRIKOVÁ – PORUBČANOVÁ, P. et al. 2005/.

Do hospicu sú prijímané osoby, ktorým ochorenie ohrozuje život a potrebujú intenzívnu starostlivosť. Súčasne nie je nutná hospitalizácia v nemocnici a nestačí či nie je možná domáca starostlivosť. Jedinou podmienkou pre prijatie osoby do zariadenia hospicu je písomný informovaný súhlas pacienta.

Ošetrovateľský tím hospicu sa stará nielen o samotného pacienta, ale aj o jeho príbuzných, ktorí sú vystavení veľkej psychickej a fyzickej záťaži. Pacient a jeho blízky majú dostatok času na seba a pre seba /Kyselica, 1999/. Individualizovaná starostlivosť, ktorá sa poskytuje podľa konkrétnych potrieb pacienta. Pacienta berieme ako osobnosť, jedinečnú bytosť a podľa toho aj pristupujeme k ošetrovateľskej starostlivosti“ (Mikulíčková, 2009).

Uvedieme niektoré mýty a otázky o umieraní a paliatívnej starostlivosti:

• Umieranie je plné bolesti, samoty a neporozumenia

Paliatívna starostlivosť umožňuje, že paliatívne chorý pacient sa môže spoľahnúť na to, že nebude trpieť veľkými bolesťami, nebude opustený a všetci členovia multidisciplinárneho tímu okolo neho sa budú snažiť vyjsť v ústrety jeho prániam

• Hospic je dom – ústav, len tam sa dá poskytnúť paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť nie je viazaná na konkrétne miesto. Je všade, kde ju ľudia na konci života potrebujú – čiže má byť poskytovaná prioritne - hlavne doma. Tam kde pacienti najviac rozumejú, kde má rodinu. Ak nie je možné túto starostlivosť poskytnúť doma, je tu možnosť lôžkového hospicu.

• Ľudia majú umierať v nemocnici preto, aby ich nemohúcnosť nevideli ich najbližší

Keď sa človek narodí, vedia sa o neho jeho najbližší postarať najlepšie. Podobne je to aj ku koncu života. Umierajúci pacient potrebuje tých, ktorí sú mu najbližší, má ich rád a rozumejú mu. Tí, ktorí sa o neho v tejto dobe starajú, sa tak môžu vyrovnáť nielen s jeho smrťou, ale aj so svojou smrteľnosťou /Volek, 2008/.

• Paliatívna starostlivosť je len pre starých ľudí

Je pravda, že väčšina ľudí umiera vo vyššom veku. Umierajú však aj mladí ľudia i deti. Paliatívna starostlivosť je poskytovaná ľuďom všetkých vekových kategórií.

• Paliatívna starostlivosť je na mieste len vtedy, keď už nezostáva žiadna iná nádej

Keď sa blíži koniec života, ponúkajú sa dve možnosti : buď upadnúť do beznádeje, pretože život už stratil zmysel, alebo prežiť zostávajúci čas čo najlepšie /Svatošová, 2008/. Paliatívna starostlivosť pracuje s nádejou, ponúka pacientovi úľavu a rodinám možnosť naplniť, hľadať či uzdraviť vzájomné vzťahy tak, aby sa na prežitý čas dalo pozeráť s vďačnosťou a s vedomím, že táto doba mala zmysel.

• Pracovníci hospicu môžu pomôcť umieranie urýchliť alebo spomaliť

Paliatívna starostlivosť umieranie neurýchľuje ani nespomaľuje. Paliatívny tím sprevádza človeka na konci jeho života a je pripravený odborne zvládať príznaky, ktoré umieranie sprevádzajú.

• Hospice sú náboženské alebo cirkevné, prijímaní sú do nich len veriaci

Hospice, ako iné charitatívne, zdravotnícke alebo sociálne zariadenia, sú často zriaďované cirkvami či náboženskými spoločnosťami. Neznamena to ale, že by slúžili len členom cirkvi alebo, že je viera podmienkou prijatia. Starostlivosť sa poskytuje bez ohľadu na svetový názor, resp. vierovyznanie, religiozitu /STINISSEN, 2004/.

Záver

Smrť je záhadou nášho života, týka sa každého z nás a môže prísť kedykoľvek, nikoho si nevynechá. Na toto stretnutie nie sme vnútorne pripravení. Smrť je odmietaná, bojíme sa jej a ešte väčší strach máme z umierania. Vysoký stupeň vedecko-technického pokroku v našom storočí prináša veľké možnosti počas života, ale aj zmeny týkajúce sa konca života. Umieranie nie je len problémom medicíny, ale stáva sa problémom ktorým sa zaoberajú viaceré odborné a vedné disciplíny. V spoločnosti je často diskutovanou témou. Zaoberá sa ním filozofia, etika, psychológia, sociológia, právo aj teológia. Odbor, ktorý sa umieraním a smrťou zaoberá sa nazýva tanatológia.

Pokrok vedy a techniky so sebou prináša aj skutočnosť, že umieranie v súčasnosti trvá dlhšie. Vyvoláva to však väčšiu neistotu, strach a úzkosť nielen u umierajúcich, ale aj u ich blízkych a ošetrovateľského personálu /KŘIVOHLAVÝ, 2005/. Nikto zo žijúcich nemá skúsenosť s umieraním. Ak však túto skúsenosť človek získa, nie je možné odovzdať – „predať“ ju ďalej, pretože je neopakovateľnou. Ošetrovanie nevyliciteľne chorých a umierajúcich pacientov je okrem vysokej náročnosti a komplikovanosti aj pomerne nákladné. Táto zdravotná starostlivosť je komplexná a zasahuje do rôznych oblastí spoločnosti. Často sa stretávame s nedôstojnými podmienkami umierajúcich v nemocniciach, v liečebniach pre dlhodobo chorých, v sociálnych zariadeniach, ale aj v domácom prostredí.

Jedným z mnohých riešení tohto problému je zavádzanie nových prístupov v starostlivosti o terminálne chorých. Zatiaľ najlepším prístupom sa ukázal hospicový tímový program. V súčasnosti je už úspešne rozšírený a využíva sa v celom kultúrnom svete. Napriek všetkej dostupnej pomoci, ktorá je umierajúcim poskytnutá, umierajúci prekročí prah smrti úplne sám...

Použitá literatúra:

- [1] **DOBRÍKOVÁ – PORUBČANOVÁ, P. et al. 2005.** *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti.* Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005. s.280. ISBN 80-7162-581-7.
- [2] **FITZPATRICK, F. J. 1988.** *Ethics in Nursing Practice.* 1988. London: The Linacre Centre, 290 s. ISBN 0-9065561-05-1.
- [3] **GREEN, T.H. 1999.** *Piť z vyschnutej studne.* Trnava: Dobrá kniha, 1999. s. 143, ISBN 80-7141-238-4.
- [4] **GRUMANOVÁ, J. 2007.** *První dny s vážnou diagnózou – Co dělat, když Vám lékař sdělí krutou pravdu.* 2007 Praha: Ikar, 287 s. ISBN 978-80-249-1164-9.
- [5] **KŘIVOHLAVÝ, J. 2005.** *Euthanasia in psychologists view.* In ŽÁKOVÁ, M., KOVALČÍKOVÁ, N., PAVLÍČEK, J. 2005. *Zborník príspevkov z 3. Ročníka Medzinárodnej*

- konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Trnava: FZaSP TU, 2005. s. 348. ISBN 80-88949-84-X.
- [6] **KYSELICA, J. P. 1999.** *Otázky o láske a živote*. 1999. Trnava: Dobrá kniha, 159 s. ISBN 80-7141-242-2.
- [7] **MIKULIČKOVÁ, D. 2009.** Špecifiká domácej ošetrovateľskej starostlivosti z hradiska verejného zdravotníctva. In Zborník IX. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou. *Výchova a vzdelávanie v komunitnom ošetrovatel'stve II.*, Varia. 2009, Skalica. ISBN 978-80-89271-57-3.
- [8] **SVATOŠOVÁ, M. 2008.** *Hospice a umění doprovázet*. Praha: APHPP. 2008. s. 151. ISBN 978-7195-307-4.
- [9] **STINISSEN, W. 2004.** *Terapie duchem*. Kostelní Vydří: Karmelitánske nakladatelství, 2004. 120 s. ISBN 80-7192-730-9.
- [10] **VOLEK, P. 2008.** *Veda a náboženstvo v bioetike*. In KOLEKTÍV AUTOROV. 2008. *Zborník príspevkov na XI. Konferencii učiteľ'ov filozofie na teologických fakultách ČR aSR*. Bratislava: TU Teologická Univerzita, 2008. s. 106. ISBN 978-80-7141-599-2.

Kontaktné údaje

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
Slovenská republika

IDENTITA V PROCESSE SOCIALIZÁCIE A PERSONALIZÁCIE RÓMSKEHO ETNIKA AKO MULTIDISCIPLINÁRNY PROBLÉM

Ivica Gulášová¹, Lenka Görnerová², Zuzana Bačíková³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Vysoká škola polytechnická Jihlava

³Regionálny úrad Verejného zdravotníctva, Považská Bystrica

Abstrakt

Spoločenské zmeny v rámci stratégie demokratizácie a humanizácie hlboko zasiahli oblasť etnicity minoritnej spoločnosti, najmä však rómske minoritné spoločenstvá. Naš príspevok sa zaoberá práve touto problematikou, ktorá sa nás dotýka, pretože Rómovia sú súčasťou našej spoločnosti. Otázka Rómov je podstatná tiež z dôvodu, že je nutné hovoriť o ich problémoch, pomáhať riešiť tieto problémy, ktoré sa v podstate dotýkajú celej spoločnosti. Ale dôležité je najmä ukázať im cestu, ako tieto problémy riešiť. Naš príspevok sme zamerali na opis potreby rozvíjať identitu Rómov s prihliadnutím na priority spoločnosti. Je viac ako potrebné zamerať sa na mládež, jej sociálny rozvoj, ktorý môže byť základom do budúcnosti celej rómskej populácie.

Kľúčové slova

Socializácia, personalizácia, rómske etnikum, multidisciplinárny problém.

IDENTITY IN THE PROCESS OF SOCIALIZATION AND PERSONALIZATION OF GYPSY ETHNIC AS MULTIDISCIPLINARY PROBLEM

Abstract

Social changes in the strategy of democratization and humanization deeply involved area of ethnicity of minority societies, especially Gypsy communities. Our article deals with this problematic which concern all our society. Gypsy question is important also because it is essential to discuss those problems and look for solutions which concern all our society. It is also important to show them the right way how to solve those problems. Our article is focused at the description of needs to develop their identity within all society. It is more than essential to focus at youths and their social development which can became the base for the future of all Gypsy community.

Key words

Socialization, personalization, Gypsy ethnic, multidisciplinary problem.

Úvod

Téma identity, sociálneho prostredia a problémov Rómov je dosť závažná, pretože hoci žijeme v modernej uvedomelej dobe, je stále nedoriešená. Ľudia pochádzajúci z rómskej komunity sú považovaní prevažne za problémových, hoci mnoho Rómov žije spoločensky, usporiadane.

Odpovede na otázky, prečo je potrebné o týchto problémoch rozprávať je práve skutočnosť, že sme svedkami rôznych negatív v správaní, myslení a konaní jednotlivcov, národnostnej neznášanlivosti a stúpajúcej agresivity. Súčasný ľudstvo prežíva krízu identity, ktorá má viacero príčin a negatívne zasahuje do problematiky identity Rómov na Slovensku. Podstata nového spôsobu rastu životných hodnôt Rómov by mala byť zameraná na rozvoj ich identity. V súčasnosti je otázka identity dôležitá najmä z hľadiska sociálnej, kultúrnej, ale i ľudskej funkčnosti.

Náš príspevok sme zamerali na opis potreby rozvíjať identitu Rómov s prihliadnutím na priority spoločnosti. Je viac ako potrebné zamerať sa na mládež, jej sociálny rozvoj, ktorý môže byť základom do budúcnosti celej rómskej populácie.

Identita v procese socializácie a personalizácie rómskeho etnika

Socializácia a identita Rómov

Môžeme pozorovať a podporovať snahu spoločnosti týkajúcu sa výchovy a vzdelávania Rómov. Otázka výchovy a vzdelávania je zárukou vytvorenia lepšieho, humánnejšieho a demokratickejšieho sociálneho sveta, ktorý môže byť zabezpečený prostredníctvom mladej generácie, do ktorej sa vkladajú veľké nádeje. Treba však brať do úvahy, že je nutné túto generáciu na takýto krok zodpovedne pripraviť. **Ide najmä o poslanie v tomto smere vychovávať, vzdelávať, ale aj socializovať deti zo znevýhodnených podmienok** /KUSIN, VANKOVÁ, ODLEROVÁ, 2006/. Je to veľmi ťažká, náročná úloha, ktorú ovplyvňujú viaceré faktory. Sú to rôzne explózie, vojny, hlad, ekologické katastrofy, ale na druhej strane brutalita, nenávisť, týranie.

V procese modernej interakcie spoločnosti je prvoradé túto generáciu učiť osvojiť si hodnoty sociálneho, kultúrneho, mravného života. Je to systém fungovania vytvorený v prospech mladej generácie, ktorá je vlastne objektom celého pôsobenia. Ide o proces socializácie mladej generácie Rómov, v ktorej záujme je naučiť sa prijímať a plniť sociálne roly. **Spoločnosť prikladá veľký význam výchove a vzdelávaniu deťom z rómskych komunit. Tento rozvoj je nevyhnutný a potrebný vzhľadom k osvojovaniu si hodnôt spoločnosti, osvojovania si poznatkov a včleňovanie do sociálneho sveta** /KUSIN, VANKOVÁ, ODLEROVÁ, 2006/.

Je nesporné, že oveľa jednoduchšie by sa riešili problémy socializačného procesu, ak by bola vzdelanostná úroveň rómskeho obyvateľstva vyššia. Vystáva absencia v kultúrnom správaní, prispôbení sa pravidlám spoločnosti. **Možnosť zlepšiť tieto vzťahy je predovšetkým vo vzdelávaní a výchove.** Problémom je izolácia a odstup rómskej komunity. Odstránenie izolácie je možné dosiahnuť vzájomnou integráciou, kedy by nebol žiadny priestor pre jednostrannú asimiláciu. Výchova a vzdelávanie rómskeho etnika by mohlo byť úspešným

krokom s hmatateľnými výsledkami, avšak za podmienok slobodného, uvedomelého rozhodnutia.

Takéto rozhodnutie by bolo veľkým krokom napred, v prospech novej, mladej generácie.

Je nesporné, že škola je nielen významným predstaviteľom socializácie, ale i výchovným vzorom. Pomocou školy je možné ukázať deťom hodnoty kultúrneho, spoločenského, ľudského, ale i osobnostného života. Na druhej strane je potrebné zdôrazniť, že škola nezanedbáva ani potrebu osobnostného rozvoja a potrebu individualizácie. Avšak je tu oprávnená obava zlyhania socializácie rómskych detí.

V mnohých rómskych rodinách je utkvelá predstava, že škola potláča ich identitu. Socializačný proces humánneho postoja školy však takúto myšlienku dávno zavrhol a nestotožňuje sa s ňou. Samozrejme, nie je jednoduché presvedčiť rómske rodiny a dokázať nespornú snahu demokratického fungovania školy. Ale je tu mnoho učiteľov a sociálnych pracovníkov, ktorí predstavujú režim demokracie a socializácie. Iste, takíto ľudia neprídu len tak a všetko vedia, učia. Je to dlhý proces vzdelávania, prispôbenia sa požiadavkám, preorientovaniu a chápaniu myslenia rómskych obyvateľov.

Špecifiká Rómov

V prostredí etnického sociálneho sveta predstavujú Rómovia špecifické miesto. Môžeme ich nájsť na celom svete, predovšetkým však v Európe. Vlády jednotlivých krajín sa vážnejšie zaoberajú rómskou problematikou a vyvíjajú snahu určenia ďalšieho vývoja, za podmienky rešpektovania kultúrnych špecifik, zvykov a tradícií rómskej komunity /KUSIN, VANKOVÁ, ODLEROVÁ, 2006/.

Najvýraznejšou odlišnosťou Rómov je ich výzor, obliekanie, hlučná komunikácia.

Táto odlišnosť pôsobí v duchu negatívnom, ide najmä o výrazné správanie. Chápanie Rómov, uznanie práva odlišnosti sa javí ako skúška etnickej tolerancie. Rómska populácia sa líši psychológiou myslenia a konania.

Výrazné odlišnosti Rómov od majoritnej spoločnosti sú výsledkom dlhej doby spôsobu života, iných sociálnych úloh. Majú vlastný duchovný život, inú kultúru myslenia, iné zákony. Podstatou ich života je rodina. Rodinné vzťahy, hierarchia rodiny a úlohy členov rodiny boli cieľom rómskeho etnika. Základom rómskeho spoločenstva je uznanie spoločného predka. Po celé stáročia ich ochraňovala vzájomná pomoc, uznávanie nepísaného zákona. Rómov charakterizuje tiež vzájomná spolupatričnosť a súdržnosť.

Typické pre Rómov je láska k deťom. Čím viac detí majú, tým je väčšia hodnota rodu. Ak chceme hodnotiť život Rómov, musíme uznať, že bol poznačený biedou, nezamestnanosťou. Nemali oblečenie, obuv, avšak vážili si jeden druhého. Napriek negatívnym podmienkam v rómskych osadách fungovali hodnoty solidarity, štedrosti, láske k rodine. Najmä solidarita sa prejavovala vo vzájomnej ochrane proti vonkajšiemu svetu. Išlo o krádeže spôsobené susedom - gádžom, Rómovia sa izolovali od ostatnej spoločnosti, nikdy však nepreznadili nikoho spomedzi seba. Záruky života so svojím okolím vyplývali Rómom z rodiny a príbuzenstva. Rodina je základom všetkého, trestania, vzdelania, pochopenia.

Nevyhnutnosťou bola veľká, početná rodina. Dbali na to, aby sa remeslo dedilo z pokolenia na pokolenie. Rómske profesie boli špecifické a zastávali miesto v spoločnosti.

Rok 1989 bol prelomový nielen pre spoločnosť, ale aj pre vývin rómskeho etnika.

Rómovia dostali status národnosti, boli im uznané práva a povinnosti, ktoré ich zaväzujú riešiť problémy v oblasti kultúrneho, spoločenského, ekonomického života /KEBZA, 1999/. Nesporne dôležitou je ich politická emancipácia. Zárukou toho, že Rómovia môžu byť funkční vo všetkých spoločenských oblastiach je Ústava SR. Napriek tomu sa ukázalo, že mnohé koncepcie riešenia rómskych otázok sa neosvedčili, pretože nie je možné ich násilu obrátiť na niečo, čo je im cudzie. Je potrebné rešpektovať emancipáciu Rómov z pohľadu ich potrieb, avšak prostredníctvom pomoci štátu. Rómovia majú napriek všetkým privilégiám svoj vlastný postoj k životu, ktorý im bráni integrovať sa do spoločnosti v rámci spoločenských pravidiel. Majú svoju kultúru, tradície, osobitosti. Významným etnickým prejavom identity je vzťah k rómstvu /KUSIN, VANKOVÁ, ODLEROVÁ, 2006/. Je to prejav jednoty Rómov. Pre Rómov sú typické ich etnické vlastnosti. Sú to ich pravidlá, zákony, hodnoty, na základe čoho vznikol tradičný rómsky spôsob života. Dôležité je vedomie spoločenského pôvodu, vedomie spolupatričnosti. Ďalšou črtou je jazyk, ktorým sa dohovoria prakticky na celom svete. V súčasnosti však najmä v mladých rodinách nepoužívajú rómsky jazyk a nepriznávajú sa ani k rómskej populácii. Tento jav vznikol

pod tlakom spoločnosti, avšak je predpoklad, že postupne sa prekoná. Rómovia mali celé stáročia svojský spôsob života. Týkalo sa to aj spôsobu zaobstarania si obživy. Živili sa najmä kováčstvom, muzikanstvom, priekupníctvom a množstvom remesiel spojených s drevom, kovom. Neskôr došlo v spôsobe obživy ku zmenám – žobranie, krádeže. Pretože boli prevažne negramotní, nemali odbornosť, neboli schopní začleniť sa do spoločnosti. Až povojnový stav pomohol zvýšiť vzdelanostnú úroveň, odbornosť a v konečnom dôsledku zamestnanosť. Napriek tomuto nebolo možné plne integrovať Rómov do spoločnosti. Posledné roky prevláda u Rómov bieda, hlad, avšak nie je to spôsobené samotnou spoločnosťou, ale nechotou Rómov prispôbiť sa súčasnej dobe.

Ďalším špecifikom Rómov je ich duchovná kultúra. Vysoké percento negramotnosti sa prejavilo v chápaní prírodných a spoločenských javoch. Takáto duchovné chápanie bolo nasmerované k poverčivým praktikám a rôznej mágii. Malo zaručiť úspech, zdravie, lásku. Rómovia sa prevažne hlásia k cirkvi, kde žijú. No ak si tento obraz priblížime, zistíme, že ide o vonkajšie prejavy cirkvi. Rómovia sa stávali kresťanmi vplyvom prostredia, neschopnosti si vysvetliť rôzne prírodné javy. Avšak hoci sa stali kresťanmi, prijaté sviatky slávil podľa svojich predstáv. Podstatou ich viery je zaklínanie, využívanie rôznych poverčivých prvkov.

Sociálne prostredie

Typické pre rómsku populáciu je sociálne znevýhodnené prostredie, čo predstavuje nedostatok v oblasti základných ľudských potrieb. Nastáva problém komunikácie s inštitúciami, negatívny spôsob života. Znevýhodnené prostredie podmieňuje mnoho skutočností, ktoré majú korene v minulosti. Musíme opätovne zdôrazniť rozdiel tradícií, mravnosti, hodnôt, procesu socializácie. Problémom je spolužitie rozdielnych kultúr, predsudkov. Napriek mnohým zmenám je rómska časť obyvateľstva neschopná prijať zmeny.

Veľký podiel na nevhodnom prostredí pre výchovu detí má aj rodinný faktor.

Rodina podporuje deti v asociálnom chovaní, nemá snahu o výchovné pôsobenie v pozitívnom myslení, rozvoja vzdelávania, sociálneho cítenia. Veľmi často môžeme vidieť nevhodnosť takejto výchovy, ktorá smeruje k rôznym krádežiam, násiliu /KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003/. Samozrejme takéto správanie ovplyvňuje aj školskú dochádzku, čím sa prehľbuje negramotnosť Rómov. Z pohľadu kognitívnych schopností vidíme znevýhodnenie rómskych detí a mládeže. Sú tu zábrany na rozvoj osobnosti detí. Jednou z možností nápravy je návšteva predškolských zariadení.

Negatívnou stránkou je neschopnosť uplatniť sa na trhu práce. Dôležitou úlohou sociálnych inštitúcií je pomôcť zabezpečiť uplatnenie Rómov v zamestnaní, čím by sa predchádzalo páchaniu trestnej činnosti. Otázka zamestnanosti je nesporne veľmi citlivá téma, pretože nie je veľmi veľa pracovných ponúk a možností.

Riešenia rómskych problémov

V dôsledku priznania štatútu rómskej národnosti sa očakávalo, že Rómovia využijú šancu na zlepšenie svojej situácie a návratu k etnicite, avšak tieto očakávania sa nenaplnili.

Rómovia nie sú pripravení potláčať svoju vlastnú identitu a prispôbovať sa k inej kultúre. Vlastne bola narušená ich jedinečnosť, ich podstata, v ktorej sú a žijú. Rómovia sú následkom svojej prirodzenej túžby po akceptácii spoločnosťou považovaní stále za asociálne živly s negatívnym dopadom.

Je však nesporné, že mnoho rómskych obyvateľov sa nehlási k svojmu jazyku, neučia svoje deti rómsky jazyk, snažia sa žiť spolu s ostatnými obyvateľmi v mestách, uzatvárajú manželstva s nerómskymi partnermi. Z tohto vyplýva mnoho problémov, keďže Rómovia sú označovaní ako negatívna sociálna skupina. Ich integrácia je takmer nemožná.

Nebezpečenstvo hrozí aj rómskym komunitám, ktoré sú vytlačené na okraj spoločnosti, sú prakticky v izolácii. Znamená to nárast biedy, hladu. **Sociálna politika vo vzťahu k Rómom v minulom čase sa preukázala ako nevhodná** /KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2000/.

Štát v dôsledku nesprávnych postupov udržiaval rómske obyvateľstvo v chudobe, závislého od štátu, sociálne nezodpovedným. Na základe faktov môžeme zhodnotiť sociálnu politiku v čase socializmu ako nesprávnu. **Dôsledkom prístupu štátu v minulosti, zaznamenávame negatívny postoj Rómov o snahu zlepšiť svoju situáciu.** Veľkým problémom je aj nízke vzdelanie rómskeho obyvateľstva, čomu zodpovedajú aj ponuky práce. Väčšinou to boli práce v pôdohospodárstve. Možnosťou zlepšiť svoju sociálnu situáciu je rekvalifikácia. Na jednej strane sú prekážky v prekvalifikovaní niekoho, kto nemá žiadnu kvalifikáciu a na druhej strane neochota zamestnať rekvalifikovaného Róma.

Nebezpečenstvo Rómom hrozí aj za postihovanie neplatenia nájomného, čo môže mať za následok stratu prístrešia. Je predpoklad, že sa vrátia do chatrčových kolónií, kde neplatia nájomné a kde môže byť nárast zdravotných problémov, hygienických rizík /KALINA, 1997/. **Uvedená situácia môže viesť k sociálnym konfliktom.**

Je potrebné rozvíjať vzdelanie pre všetkých občanov spoločnosti, pretože toto je cesta, ktorá vedie k lepšej budúcnosti. Je to ťažká a náročná úloha, nakoľko samotní aktéri si musia uvedomiť správnosť svojho rozhodnutia.

Záver

Rómovia a ich problémy sa nesporne dotýkajú každého z nás. Každý pozná prispôsobivých aj neprispôsobivých obyvateľov z rómskej komunity. Avšak náš príspevok smeruje k zamysleniu sa, prečo sa niektorí správajú vhodne a iní podľa vlastných predstáv /KEBZA, 2001/.

Veľa odpovedí na sociálne problémy môžeme nájsť v spoločnosti. Nemožno odsudzovať spoločnosť za chyby jednotlivcov. Hoci rómska populácia v prevažnej miere drží spolu, nie vždy je to v pozitívnom smere. Prevažne väčšia časť rómskej populácie v súčasnosti žije v chatrčiach, trpí biedou, hladom, deti sú bosé a otrhané. Spoliehajú sa na štát, spoločnosť, že im poskytne všetky tieto chýbajúce základné potreby. Sociálne znevýhodnené rodiny dávajú zlý príklad svojim deťom, pretože správnou výchovou týchto detí je možné očakávať lepšiu budúcnosť. Identita Rómov je spojená s hľadaním si miesta v systéme kultúrnych, sociálnych, politických vzťahov a je v pozornosti celého sveta. **Treba podotknúť, že vláda našej republiky sa veľmi dôkladne zaoberá problémom rómskej komunity s cieľom zlepšiť ich sociálne podmienky a zároveň pomôcť celej spoločnosti** /KUSIN, VANKOVÁ, ODLEROVÁ, 2006/.

Zameraním sa na výchovu a vzdelávanie detí je snaha o zvýšenie vzdelanosti rómskej populácie, ktorá im zabezpečí lepší sociálny život. Nemálo úsilia sa vynaložilo na tento cieľ a treba povedať, že má aj pozitívny dopad. Rómska populácia aspoň sčasti začína byť uvedomelá, je vidieť snahu o lepší prístup k iným hodnotám a podmienkam.

Zoznam použitej literatúry

- [1] KALINA, K. 1997. Prístup k regulácii nákladu, spravodlnosti a efektivity ve zdravotnictví. Zdravotnictví a zdravotné pojištění 1. 1997, 1-2, 14-16
- [2] KEBZA, V. 1999. Možnosti ovlivnění chování. Postgraduální medicína 1. 1999, 1, 45-48
- [3] KEBZA, V. 2001. Sociální psychologie zdraví. In: Výrost, J., Slamčík, I. /Eds./: Aplikovaná sociální psychologie II. Praha. Grada Publishing 2001, 19–35
- [4] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2000. Retrospektiva, současnost a perspektivy psychologie zdraví. Čs. psychologie 44, 2000 a, 4, 309-317
- [5] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. Well – being jako psychologický a zároveň meziodborově založený pojem. Čs. psychologie 47, 2003 a, 4, 333–345
- [6] KUSIN, V. – VANKOVÁ, K. – ODLEROVÁ, E. 2006. Identita v procese socializácie a personalizácie rómskeho etnika. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 2006, 90 s. ISBN 80-8050-971-9

Kontaktné údaje

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
Slovenská republika

ŠKODLIVÉ NÁSLEDKY UŽÍVANIA TABAKU AKO JEDNA Z ÚLOH OCHRANY VEREJNÉHO ZDRAVIA V SÚČASNOSTI

Ivica Gulášová¹, Lenka Görnerová², Zuzana Bačíková³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Vysoká škola polytechnická Jihlava

³Regionálny úrad Verejného zdravotníctva, Považská Bystrica

Abstrakt

V príspevku autorky ukazujú na nepriaznivé dôsledky fajčenia na zdravie človeka. Užívanie tabaku hlavne vo forme cigariet je jednou z preventabilných príčin predčasnej straty zdravia. Je tu prierez históriou tabakizmu, od vzniku pred 8000 rokmi medzi Indiánov, do Európy ho doviezol Krištof Kolumbus. Výroby cigariet začal až koncom 19. storočia. V 40. rokoch 20. storočia sa Svetová zdravotnícka organizácia postavila proti fajčeniu. Ďalšou dôležitou časťou príspevku sú dôsledky fajčenia na zdravie a ochoreniami súvisiace s fajčením. Je tu poukázané na rozdiely fajčenia medzi mužmi a ženami a vplyv fajčenia na tehotné ženy a na vývoj plodu. Je tu i zmienka o fajčení detí a dospelých, kde má fajčenie vážne dôsledky, hoci sa počet mladých fajčiarov neustále zvyšuje. Fajčenie má nielen nepriaznivý zdravotný ale i ekonomický dopad na fajčiara i na spoločnosť. Napriek tomu je výroba, predaj, kúpa a konzumácia tabakových výrobkov fatálny „biznis“. V závere sú zmienené metódy odvykania fajčenia a možnosti prevencie sú zahrnuté v komplexnom pláne boja proti fajčeniu.

Kľúčové slová

Fajčiar, cigareta, prevencia, zdravie, nemoc.

DAMAGING EFFECTS OF TOBACCO USE AS ONE OF PRESENT GOALS OF PUBLIC HEALTH PROTECTION

Abstract

In this article authors show the adverse effects of smoking to human health. Tobacco usage, mainly in the form of cigarettes, is one of preventable causes of premature loss of health. Article consist short history of tobacco usage, from 8,000 years ago among Indians. Tobacco was brought to Europe by Columbus. Cigarettes production started in the end of 19th century. In forties of 20th century appeared first studies of adverse effects of smoking to human health, but only in eighties of 20th century WHO denounced the smoking. Other important parts of this article are impacts of smoking to human health and diseases related to smoking. There are shown differences between smoking of men and women and effects to fetus development. There is also mentioned smoking of children and adolescents which have serious adverse impacts thought the number of young smoker increases. Smoking has not only impacts to health but also economic impacts to smokers and society. Yet production, selling and use of tobacco products remains serious business. In conclusion are mentioned methods of quitting and ways of prevention as the part of complex plan against smoking.

Key words

Smoker, cigarette, prevention, health, disease.

„Ked' zlepšíte niečo o máličko každý deň, budú sa pravdepodobne diať veľké veci.

Ked' zlepšíte svoju kondíciu každý deň len o trochu, potom pravdepodobne dosiahnete toho, že sa fantasticky zlepšíte.

Nie zajtra, ani pozajtra, ale veľký profit sa dostaví.

Nehľadajte veľké rýchle zlepšenia. Pokúšajte sa o malé zlepšenia každý deň. To je jediná cesta, ako môžete niečoho dosiahnuť - a až toho dosiahnete, vydrží to“.

John Wooden

Úvod

Nepriaznivé dôsledky fajčenia na zdravie človeka sú dnes už dostatočne známe a rozsiahlymi štúdiami dokázané. Konzumácia tabaku vážne ohrozuje zdravie fajčiarov a osôb žijúcich v ich blízkosti a skracuje priemerný vek obyvateľstva.

Užívanie tabaku, predovšetkým vo forme cigariet, predstavuje v súčasnosti vo svete jednu z najvýznamnejších preventabilných príčin predčasnej straty zdravia. Začiatok masívneho fajčenia cigariet, teda chronickej inhalácie cigaretového dymu človekom na začiatku 20. storočia, zmenil na konci tohto storočia obraz ľudského zdravia. Dlhodobá a pravidelná expozícia na cigaretový dym, ktorý obsahuje viac ako 4000 chemických látok spôsobila nárast ochorení, ktoré sa pred touto érou vyskytovali zriedkavo. **Typom takéhoto ochorenia je rakovina pľúc.** Na začiatku 20. storočia bola rakovina pľúc takmer neznámym ochorením, avšak v súčasnosti je lídrom onkologickej morbidity aj mortality mužov vo všetkých rozvinutých krajinách sveta a žiaľ, v USA a Anglicku aj vedúcou príčinou onkologickej mortality žien. **Riziko vzniku pľúcnej rakoviny sa zvyšuje s množstvom vyfajčených cigariet, trvaním a intenzitou fajčenia. Táto skutočnosť je o to závažnejšia, že neochorejú len fajčiari, ale aj nefajčiari, ktorí dýchajú vzduch spolu s fajčiarimi v uzatvorených priestoroch (pasívni fajčiari).**

Rovnako závažné sú poškodenia srdcovocievneho systému. Fajčenie urýchľuje vývoj aterosklerózy a ischemickej choroby srdca, zvyšuje hladinu cholesterolu. Predpokladá sa, že fajčenie cigariet je zodpovedné za cca 25% všetkých úmrtí na ischemickú chorobu srdca; fajčiari majú aj častejšie krvácanie do mozgu /Rovný, et al. 2011/.

Pokiaľ sa nezmenia súčasné trendy, do roku 2030 umrie na následky užívania tabaku až 87miliónov súčasných fajčiarov.

Fajčenie znamená preto vážny problém medicínsky, spoločenský aj ekonomický v každej spoločnosti.

Bývalá riaditeľka Svetovej zdravotníckej organizácie Dr. Gro Harlem Brundtlandová označila v roku 1998 fajčenie a tabakizmus za dôležitý celosvetový problém a jeho prevenciu za jednu z priorít tejto organizácie. Následne v tom istom roku vznikol v rámci Svetovej zdravotníckej organizácie program Tobacco Free Initiative (WHO: Tobacco Free Initiative, 2008) s cieľom mobilizovať a koordinovať kapacity na medzinárodnej úrovni. **Jedným z prvých výsledkov bola iniciovanie a koordinácia prípravy medzinárodnej Rámцovej dohody o kontrole tabaku, ktorú Slovensko ratifikovalo 4. mája 2004. Dohoda vstúpila do platnosti 27. februára 2005. Od tej doby je aj Slovenská republika zaviazaná dodržiavať medzinárodné záväzky vyplývajúce z tejto dohody a uplatňovať opatrenia na zníženie spoločensko-zdravotného dopadu užívania tabaku** /Rovný, et al. 2011/.

Jej význam podčiarkuje aj skutočnosť, že ide o prvú medzinárodnú dohodu v oblasti verejného zdravotníctva.

História tabakizmu

Už pred 8000 rokmi americký Indiáni sadili 2 druhy tabakovej rastliny (*Nicotiana rustica* a *Nicotiana tobacum*) po celom americkom kontinente. Rastliny rodu *Nicotiana* pôvodne rástli v Amerike, v tichomorských oblastiach a v Austrálii, ale nevyskytovali sa v Európe, v Afrike ani v Ázii.

Až do roku 1492 bol tabak v Európe neznámym pojmom. Krištof Kolumbus priniesol zo svojej prvej výpravy do Nového sveta tabakové listy a semená pochádzajúce z karibskej oblasti. Používanie tabaku sa spočiatku obmedzovalo len na Španielsko a Portugalsko, ale aj v týchto krajinách jeho rozšíreniu bránilo náboženstvo.

Takmer do konca 19. storočia sa tabak konzumoval prevažne fajčením fajky a šnupaním. V roku 1843 začal francúzsky tabakový monopol vyrábať tabak v papierových rúrkach a nazval tento produkt cigaretami. Cigarety sa postupne šírili po celej Európe, ale v Amerike k najobľúbenejšej forme konzumácie patrilo žuvanie tabaku.

Na prelome 19. a 20. storočia sa zistilo, že tuberkulóza sa prenáša vzdušnou cestou pri vykašliavaní. Žuvanie a vyplúvanie tabaku sa preto odrazu stalo spoločensky neprijateľné, ba dokonca niekde aj ilegálne. V 20. rokoch 20. storočia cigarety jasne dominovali nad inými formami konzumácie tabaku.

V roku 1933 doktor Everts Graham zo St. Louis po prvýkrát v histórii medicíny úspešne odstránil pacientovi s rakovinou pľúc celé pľúcne krídlo. Pacient po tomto náročnom zákroku žil až do roku 1962. Dr. Graham bol spoluautorom prelomovej štúdie z roku 1950, ktorá dávala so súvislosti fajčenie so vznikom rakoviny pľúc. V tom istom roku prestal fajčiť, žiaľ, neskoro. V roku 1957 zomrel na rakovinu pľúc.

V roku 1938 profesor biológie Raymond Pearl z Univerzity Johna Hopkinsa zverejnil v časopise Science súvislosť medzi fajčením a skrátením dĺžky života. Pri svojom pozorovaní zistil, že zo 6800 ľudí sa viac ako 60 rokov dožilo 66% nefajčiarov, ale len 46% ťažkých fajčiarov.

V 30. a 40. rokoch 20. storočia zhromažďovali nacistický vedci dôležité dôkazy o súvislosti medzi fajčením a rakovinou, čo viedlo k vydaniu prvého zákona zakazujúceho fajčenie na verejnosti a fajčenie tehotných žien v Nemecku.

V 50. rokoch tabakové firmy začali vyrábať cigarety s filtrom a v reklamných kampaniach zdôrazňovali, že zdravie ľudí je pre nich dôležitejšie než zisky. Cigarety Kent používali vo filtroch azbestové vlákna. Na základe súdneho rozhodnutia musel výrobca týchto cigariet zaplatiť 2 milióny dolárov bývalému fajčiarovi Charlesovi Connerovi, u ktorého sa vyvinul mezotelióm – nádor súvisiaci z azbestom /Redhammer, 2007/.

V 60. rokoch sa na trhu začali objavovať cigarety so zníženým obsahom dechtu a nikotínu /Gerhrdová, 2009/.

V roku 1970 sa Svetová zdravotnícka organizácia jednoznačne postavila proti fajčeniu a od roku 1988 pri príležitosti 40. výročia svojho vzniku začala organizovať Svetový deň bez tabaku so sloganom: Tabak alebo zdravie. Vyber si.

Dôsledky fajčenia na zdravie

Ochorenia dýchacieho systému boli s výrazným predstihom na prvom mieste pracovnej neschopnosti, v roku 2007 tvorili 41% ukončených prípadov pracovnej neschopnosti a v roku 2008 tvorili 38,35% prípadov ukončenej pracovnej neschopnosti z celkovej evidovanej pracovnej neschopnosti.

Výrazným podielom k vysokej pracovnej neschopnosti prispievajú akútne respiračné infekcie, ale podieľajú sa na nej aj chronické respiračné choroby (okrem zápalov pľúc a TBC).

Za hlavný faktor vzniku a rozvoja chronických respiračných ochorení sa považuje fajčenie. Je to chronicky pôsobiaca noxa, ktorej následky na zdravotný stav sa prejavia až po dlhodobej expozícii.

Nikotín patrí medzi prudké rastlinné jedy. Je návykovou látkou, ktorá spôsobuje závislosť, preto až 90% fajčiarov nedokáže

prestáť fajčiť napriek vedomostiam o škodlivosti. Cigareta je zdravotným, psychickým, biochemickým i sociálno-kultúrnym problémom a tabakizmus najsilnejšou závislosťou.

Výskumy potvrdzujú, že dokonca silnejšou ako návyk na heroín, kokaín alebo alkohol. Tabak patrí medzi najvýznamnejšie príčiny zbytočných a predčasných úmrtí v histórii ľudstva. Fajčenie je rizikovým faktorom spôsobujúcim predčasnú smrť pri desiatkach ochorení a to predovšetkým onkologických, srdcovo-cievnych, chorobách tráviaceho traktu, ústnej dutiny a ďalších.

Ochorenia súvisiace s fajčením:

- Ochorenia s dýchacieho ústrojenstva (rakovina dýchacích ciest, chronická obštrukčná choroba pľúc)
- Ochorenia s srdcovo-cievne (najmä srdcová angína a infarkt srdcového svalu)
- Ochorenia s tráviacej sústavy (vredová choroba žalúdka a dvanástnika, rakovina pažeráka, rakovina slinivky brušnej)

- Ochorenia s močového ústrojenstva (rakovina močového ústrojenstva)

Fajčiari, ktorí denne konzumujú viac ako 20 cigariet, majú dvojnásobný výskyt ischemickej choroby srdca v porovnaní s nefajčiarmi. Fajčiar cigariet má dvakrát až trikrát vyššie riziko, že dostane srdcový infarkt ako nefajčiar. Fajčenie spravidla vyvoláva tiež zvýšenie koncentrácie cholesterolu v krvi.

Fajčenie každý deň

Ukazovateľ	Muži spolu	Vekové skupiny					
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Fajčiari s 20 a viac cigaretami denne (%)	12,2	5,9	13,2	14,8	17,9	14,4	4,7
Fajčiari s menej než 20 cigaretami denne (%)	14,9	15,2	16,5	16,8	16,9	15,6	4,6

Fajčenie každý deň

Ukazovateľ	Ženy spolu	Vekové skupiny					
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Fajčiari s 20 a viac cigaretami denne (%)	1,6	0,5	1,6	2,7	2,7	2,5	-
Fajčiari s menej než 20 cigaretami denne (%)	10,8	10,7	15,2	11,6	14,5	9,9	2,8

Fajčenie žien

Historická snaha žien vyrovnat' sa príslušníkom mužského pohlavia sa, žiaľ, prejavuje aj v rizikových návykoch, ktoré sa posúvajú do mladších vekových kategórií. Vyrovnávanie pohlaví sa odráža aj v miernom poklese fajčenia u mužov a jeho nárastu u žien za posledných 50-60 rokov.

Žena je nositeľkou nového života. Podľa štatistiky fajčí na Slovensku každá desiatá tehotná žena. **V organizme fajčiarky negatívne vplyva na priebeh tehotenstva predovšetkým oxid uhoľnatý a nikotín. Vplyvom týchto dvoch látok dochádza k zúženiu ciev zásobujúcich placentu a krv privádzaná do placenty je ochudobnená o kyslík. Vyvijajúci sa plod tak dostáva menej kyslíka, ktorý potrebuje pre vývoj životne dôležitých orgánov.**

Fajčiarky mávajú častejšie problémy už na začiatku tehotenstva, je u nich aj zvýšené riziko mimomaternicového tehotenstva a spontánneho potratu. Fajčenie počas tehotenstva dokázateľne znižuje pôrodnú hmotnosť detí, zhoršuje prísun živín a zvyšuje

riziko chronických chorôb a porúch vývinu. U tehotných fajčiacich žien dochádza približne v 30% k poškodzovaniu plodu. Štúdiami sa dokázalo, že táto skutočnosť nie je zapríčinená stravovaním matky ani inými jej zvyklosťami, návykmi alebo genetickými danosťami, ale výlučne fajčením. Je tu zvýšené riziko úmrtia plodu pre odlúpnutie placenty, pre krvácanie placenty v priebehu tehotenstva, pre predčasné roztrhnutie vaku blán; a všetko to môže viesť k predčasným pôrodom.

Fajčenie počas tehotenstva dokázateľne znižuje pôrodnú hmotnosť u detí, zhoršuje prísun živín a zvyšuje riziko chronických chorôb a porúch vývinu. Fajčenie matiek počas tehotenstva je dokázateľným rizikovým faktorom vzniku syndrómu náhleho detského úmrtia (SIDS).

Následky fajčenia tehotnej ženy sa môžu prejavovať po pôrode u dieťaťa aj vo forme neurologických problémov (plačlivosť, nervozita, poruchy spánku, bledosť, zhoršené podmienky dojčenia). Je dokázaný vzťah medzi množstvom vyfajčených cigariet a obsahom nikotínu v materskom mlieku /Kavcová, 2002./. U detí fajčiacich matiek sa zistil zvýšený sklon k ochoreniu na prieduškovú astmu. Aj v neskoršom období vývinu môže dieťa doplácať na takéto matkino konanie v tehotenstve. **V dôsledku neurologických porúch môže mať dieťa problém s hyperaktivitou, nesústredenosťou v škole, môžu sa vyskytnúť rozličné poruchy učenia a pozornosti.**

Napriek stále dôkladnejšiemu poznaniu nepriaznivých účinkov fajčenie počas tehotnosti nepokleslo ani v poslednom desaťročí. Údaje a výsledky z nedávnych postupov vo Fínsku a Veľkej Británii ukazujú, že súčasné bežné cvičenia a tréningy na ukončenia fajčenia počas tehotnosti nie sú efektívne, resp. že nástroje používané v týchto programoch sa preukázali nedostatkom priorít /Gerhrdová, 2009/.

Stav manželstva bol veľmi silným determinantom na fajčenie počas tehotnosti, slobodné fajčiace matky fajčili v pomere trikrát viac ako vydaté ženy. Ženy, ktoré síce žili s otcom dieťaťa, no neboli zákonnými manželmi, tiež fajčili častejšie ako ženy vydaté. Štúdia ukazuje, že fajčenie počas tehotnosti je až znepokojujúco bežné medzi mladými ženami s nižším vzdelaním. Analýzy determinantov fajčenia počas tehotnosti prezrádzajú, že najdôležitejším terčom pre ďalšie štúdie v budúcnosti budú mladé, menej vzdelané a nevydaté ženy, a do určitej miery aj ženy žijúce na vidieku /Redhammer, 2001/.

<i>Fajčenie žien v súčasnosti v %</i>		Vekové skupiny					
Frekvencia	Spolu	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Denne	12,5	11,1	16,7	14,3	17,2	12,4	2,8
Príležitostne	7,7	12,8	9,1	9,2	8,7	5,6	0,9
Vôbec nie	79,8	76,1	74,2	76,5	74,2	81,9	96,3

Fajčenie v detskom a dospelom veku

Rovnako znepokojujúci je celosvetový výskyt fajčenia detí a mládeže. WHO uvádza, že približne 700 miliónov detí na svete dýcha vzduch znečistený tabakovým dymom, a to najmä vo vlastnom domácom prostredí. **Fajčenie u detí a mládeže má vážnejšie následky.** Závislosť od nikotínu vzniká rýchlejšie u dievčat a žien, ktoré začali holdovať cigaretám pred 16. rokom života. Fajčenie v detskom veku ovplyvňuje rast a vývoj. **Čím je nižší vek, keď jedinec začne s fajčením, tým závažnejšie poškodenie nezrelého organizmu vzniká a o to silnejšia závislosť sa vyvinie u jedinca.**

Osobnostné vlastnosti ako je sebavedomie, pevná vôľa či nezávislosť od názorov okolia zohrávajú v mladom veku dôležitú úlohu. Začiatok fajčenia môže ovplyvniť nedostatok konkrétnych informácií o jeho účinkoch. Formovanie osobných postojov k nemu je pod vplyvom prostredia, v ktorom dieťa vyrastá. Na začiatok fajčenia u detí môže mať rozhodujúci vplyv výchova v rodine a osobný príklad rodičov. V tomto období treba počítať so silnou potrebou spolupatričnosti a príslušnosti k vrstovnickej skupine. **Obdobie dospievania môže byť kľúčovým vo vývoji závislosti od fajčenia, ktoré je na začiatku skôr príležitostné, môže ísť o experimentovanie alebo o snahu vyzerat' dospelejšie. Až neskôr sa fajčenie stáva pravidelnou činnosťou a potom závislosťou.**

Zaujímavé je aj to, že sa u mládeže zvyšuje závislosť od nikotínu. Ved' do 30 minút po zobudení si musí zapáliť cigaretu 18 % našich študentov. Dokonca aj počas akejkoľvek choroby fajčilo až 24 % študentov. A aká je medzi týmito údajmi paralela?

Jeden z nepriamych dôkazov o tom, že zvýšený počet fajčiarov u nás, najmä medzi mladými ľuďmi, súvisí aj so zvýšením výskytu nádorových ochorení.

Veľmi závažným následkom je aj zvýšený výskyt ochorení dýchacieho systému. Je to spôsobené najmä vyššou citlivosťou dýchacích ciest detí na komponenty cigaretového dymu, ktorá je spôsobená aj nezrelou funkciou imunitného systému, zmenenými anatomickými pomermi (napr. kratšie a širšie dýchacie cesty), malými energetickými a funkčnými rezervami dieťaťa, nedokončeným vývojom srdcovo-cievneho systému, zvýšenou hustotou hlienových žliazok, ale i inými faktormi. Zvyšuje sa počet zápalových ochorení dýchacích ciest, predlžuje sa ich trvanie a tým začína ich pomalé poškodzovanie.

Štúdie z konca 60. a začiatku 70. rokov 20. storočia spôsobili mimoriadny záujem o tzv. chorobu malých dýchacích ciest. A to aj preto, lebo tá je podkladom významného chronického ochorenia – chronickej obštrukčnej bronchopulmonálnej choroby. Odhaduje sa, že vývoj trvá u človeka 20 – 30 rokov, kým sa prejaví dýchavičnosť, ako hlavný príznak, s ktorým pacient vyhľadá lekára /Baška, Katreniaková, 2010/. Toto „nemá obdobie“ akoby upokojovalo fajčiara a uisťovalo ho v tom, že on je zdravý a že práve on neochorie. Naopak, v tomto štádiu už ochorenie nemožno definitívne vyliečiť a bývajú už aj iné komplikácie (chronický kašeľ a vykašliavanie, vysoký krvný tlak, postihnutie srdca, znížená kvalita spánku, ale i poruchy sexuálnych funkcií).

Je nepochopiteľné, že i napriek tomu, že vyše 30 rokov sú k dispozícii jasné vedecké dôkazy o škodlivosti fajčenia, počet najmä mladých fajčiarov a najmä vo východnej Európe sa zvyšuje.

Ako je možné, že táto absurdná situácia pretrváva?

Podľa odborníkov už 20 minút po dofajčení poslednej cigarety sa fajčiari cítia lepšie, pretože v tomto čase sa tlak krvi i pulz vrátia k normálnym hodnotám, rovnako ako aj teplota rúk a nôh. Po 8 hodinách hladina kyslíčnika uhoľnatého v krvi klesne na normálnu úroveň, vráti sa normálna hladina kyslíka. Po 24 hodinách sa znižuje pravdepodobnosť srdcového infarktu. Po 48 hodinách začínajú opäť rásť nervové zakončenia, zlepšuje sa chuť a čuch, pozoruje sa svižná chôdza. Po dvoch týždňoch sa zlepšuje krvný obeh a funkcie pľúc sa zlepšia o 30%. Po 1 až 9 mesiacoch ustúpi kašeľ, únava, v dutinách a v pľúcach opäť začne rásť riasinkový epitel, ktorý zníži riziko infekcie, pľúca sa vyčistia. Po 10 rokoch nefajčenia je riziko rakoviny u fajčiarov a nefajčiarov približne rovnaké.



Fajčenie má nielen nepriaznivý zdravotný, ale aj ekonomický dopad na fajčiara a spoločnosť. Na základe výpočtov ekonomických expertov Svetová banka očakáva, že implementácia Rámcovej konvencie na kontrolu tabaku bude mať pozitívny vplyv nielen na svetové zdravie, ale aj na svetovú ekonomiku /Gerhrdová, 2009/.

Výroba, predaj, kúpa a konzumácia tabakových výrobkov je fatálny „biznis“. Na rozdiel od iných spotrebných výrobkov, ktoré si človek kupuje pre úžitok i radosť, tieto výrobky v konečnom dôsledku spôsobujú svojmu pravidelnému spotrebiteľovi utrpenie a predčasnú smrť. Pretože cigareta je zbraň, ktorá „zabíja obidvoma koncami“, postupne sa nielen u exfajčiara znižujú vlastné riziká, ale odstránením pasívneho fajčenia aj riziká pre členov rodiny, najmä detí. Prestať fajčiť má zmysel aj keď fajčiar už ochorie. U pacientov napr. s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc sa spomalí zhoršovanie pľúcnych funkcií a tým sa predĺži život.

Metód odvykania od fajčenia je v súčasnosti čoraz viac. Aj preto má dnešný fajčiar zložitú úlohu – vybrať si taký spôsob odvykania, ktorý mu bude najviac vyhovovať a ktorý má reálnu šancu byť dlhodobou účinným. Po porade s odborníkmi sa však vždy dá nájsť vhodný spôsob, ako sa stať nefajčiarom.

Záver

Vzhľadom na to, že viac ako dve tretiny fajčiarov chce prestať fajčiť, potrebujú, očakávajú a zaslúžia si pomoc od svojho lekára. Všeobecní praktickí lekári by mali byť schopní poskytnúť kvalifikovanú pomoc svojim pacientom, pri ktorej im odporučia najvhodnejšiu metódu na odvykanie od fajčenia. Liečba závislosti od tabaku predstavuje veľmi výhodný spôsob zníženia výskytu závažných ochorení a zároveň môže výrazne predĺžiť aktívne

obdobie života obyvateľov. WHO odporúča, aby každý zdravotnícky systém poskytol liečbu tabakovej závislosti založenú na vedeckých dôkazoch /7/. Behaviorálna ako aj farmakologická liečba by sa mali stať štandardnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti s čo najširšou dostupnosťou.

Možnosti prevencie sú zahrnuté aj v komplexnom pláne boja proti fajčeniu, ktorý sa zameriava na:

- Zákaz reklamy a podpory distribúcie tabakových výrobkov.
- Účinné varovanie o zdravotných dôsledkoch fajčenia.
- Plán opatrení na ochranu práv nefajčiarov.
- Plán daňových a cenových opatrení a ekonomická alternatíva, ktorá by nahradila straty z produkcie a predaja tabakových výrobkov.

Použitá literatúra

- [1] Redhammer, R. 2007. Fajčenie a zdravie, SAP, Bratislava, 2007
- [2] Baška, T., Katreniaková, Z. 2010. Základy prevencie užívania tabaku, Učebnica pre vysoké školy, Jesseniova LF v Martine UK v Bratislave v spolupráci s občianskym združením Stop fajčeniu a Národnou koalíciou pre kontrolu tabaku v SR, 2010
- [3] Kavcová, E. 2002. Nikotínová závislosť a jej liečba, so zameraním na pneumológiu a smernice, Publikácia pre pregraduálne a postgraduálne vzdelávanie lekárov, JLF UK 2002
- [4] Rovný, I. et al. 2011. Vybrané kapitoly verejného zdravotníctva I., ISBN 978-80-89057-33-7
- [5] Redhammer, R. 2001. Fajčenie a ženy, Liga proti rakovine SR, publikácia 2001
- [6] Gerhrdová, A. 2009. Európske zisťovanie o zdraví. 2009, Štatistický úrad SR, ISBN 978-80-89358-87-8

Elektronické zdroje

- [7] <http://www.wellness.estranky.sk>

Kontaktné údaje

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
Slovenská republika

ÚLOHY OŠETROVATEĽSTVA A VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA V PLNENÍ PROGRAMU ZDRAVIE V 21. STOROČÍ: „KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA”

Ivica Gulášová¹, Lenka Görnerová², Zuzana Bačíková³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Vysoká škola polytechnická Jihlava

³Regionálny úrad Verejného zdravotníctva, Považská Bystrica

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá srdcovými a cievnymi ochoreniami, ktoré sú v súčasnosti najčastejšou príčinou smrti. Zaoberá sa hlavne primárnou a sekundárnou prevenciou a edukáciou. Je to významná úloha sestry pri ochrane a uchovaní zdravia. Krátka zmienka v príspevku je i o angíne pectoris a ischemickej srdečnej chorobe, čo je veľmi rozšírená choroba predstavujúca závažný zdravotnícky problém. Popísané sú taktiež významné rizikové faktory vzniku kardiovaskulárnych onemocnení. Najdôležitejšia časť je venovaná prevencii a edukácii, ktorá je zameraná hlavne na výživu a celkovú zmenu životného štýlu. Dôležitý je postoj pacientov a komplexná individuálne zamierená liečba.

Kľúčové slová

Sestra, prevencia, edukácia, rizikové faktory.

THE TASKS OF NURSING AND PUBLIC HEALTH IN THE FULFILLING OF PROGRAMME HEALTH IN THE 21. CENTURY:“ CARIO-VASCULAR DISEASES”

Abstract

This article deals with heart and vascular diseases which currently are the most frequent cause of death. It deals mainly with primary and secondary prevention and with education. There is signification the role of nurse in process of protection and preservation of health. Shortly are mentioned angina pectoris and ischemic disease which are very spread diseases and they represent a serious medical problem. Described are also important risk factors of cardiovascular diseases. The most important part deals with prevention and education and is focused mainly at nutrition and overall change of lifestyle. Important is attitude of patients and complex and individual health care.

Key words

Nurse, prevention, education, risk factors.

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) prijala v septembri 1998 modifikáciu pôvodnej stratégie **Zdravie pre všetkých do roku 2000** ako politiku pre európsky región **Zdravie 21** -

Zdravie pre všetkých v 21. storočí. V preambule dokumentu Zdravie pre všetkých v 21. storočí je deklarované právo na zdravie ako jedno zo základných ľudských práv. V Ústave Slovenskej republiky sa zdravie deklaruje ako základná a nevyhnutná podmienka udržateľného ekonomického rozvoja (ŠIMKO, DRIMAL, 2008).

Potvrďuje sa dôstojnosť a hodnota každého človeka a rovnaké práva, rovnaké povinnosti a spoločenská zodpovednosť všetkých za zdravie.

Členské štáty európskeho regiónu Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) sa v dokumente dokumentu Zdravie pre všetkých v 21. storočí zaviazali posilňovať, prispôbovať a vhodne reformovať zdravotníctvo, vrátane verejného zdravotníctva a hygieny, s cieľom zabezpečiť všeobecnú dostupnosť zdravotníckych služieb, postavených na vedeckých základoch, požadovanej kvality a rozsahu, zodpovedajúce dostupným a perspektívne udržateľným zdrojom. Dlhodobým zámerom je dosiahnuť najvyšší možný potenciál zdravia pre všetkých, a to posilňovaním zdravia, prevenciou chorôb a úrazov, dobrou zdravotnou starostlivosťou pre ľudí s poruchou zdravia, novými formami mobilizácie zdrojov na rozvoj zdravia, účasťou a zodpovednosťou jednotlivcov, skupín, inštitúcií a komunít za sústavný rozvoj zdravia.

Vláda Slovenskej republiky v roku 2010 schválila **Národný program prevencie ochorení srdca a ciev**. Na tomto programe budú v rámci plnenia Národného programu podpory zdravia participovať aj úrady verejného zdravotníctva na Slovensku. **Úlohou Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky by malo byť na národnej úrovni a úlohou regionálnych úradov verejného zdravotníctva na regionálnej úrovni vytvárať pozitívnu spoločenskú atmosféru na intenzívnu, efektívnu a dlhodobú zdravotnú osvetu u obyvateľstva vo všetkých možných úrovniach s cieľom zvýšiť ochotu občanov SR starať sa o svoje zdravie aj v období, keď sú ešte zdraví, synergicky prepojiť činnosť ministerstiev s činnosťami poradní zdravia úradov verejného zdravotníctva a zdravotníckych zariadení v oblasti primárnej prevencie ochorení srdca a ciev a iné - (UVZ SR, 2010).**

Cieľom intervenčných postupov je aktivizovať obyvateľov, podnecovať ich záujem a účasť na ochrane a podpore zdravia. Dôležitá je ich pripravenosť na primárne preventívne aktivity. Znamená to vychovávať populáciu k zdravému životnému štýlu cestou zvyšovania informovanosti a zdravotného uvedomenia už od detstva. Významnú úlohu tu zohrávajú masmédiá. Meniť chovanie jednotlivca a skupín v zmysle zdravého spôsobu života je možné poskytovaním relevantných, pravdivých informácií (medicína založená na dôkazoch) o vplyve a význame jednotlivých faktorov pre zdravie jednotlivca, sociálnej skupiny a to čo najúčinnším spôsobom. Ale aj ponukou a dostupnosťou podmienok pre pozitívne návyky - výživa, čistota prostredia, pohybová aktivita, a podobne (ŠEVČÍKOVÁ, et al. 2006).

Poradne zdravia

V zmysle odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR na zriaďovanie, prevádzku a činnosť poradenských centier ochrany a podpory zdravia, prijatého 15. septembra 1999, sa pri každom regionálnom úrade verejného zdravotníctva zriaďujú základné poradne na podporu zdravia. Sú určené všetkým obyvateľom Slovenska, ktorí prejavia záujem o svoje

zdravie a chcú poznať svoje individuálne riziká vzniku chronických ochorení, a to najmä kardiovaskulárnych a nádorových.

Základná poradňa na podporu zdravia poskytuje minimálne spektrum vyšetrení, ktoré orientačne určia hladinu individuálneho rizika klienta.

Ich analýza umožní odporúčať optimálne zmeny:

- vo výžive a spotrebe alkoholu,
- vo fajčiarskych návykoch,
- vo fyzickej inaktivite,
- vo zvládaní stresu,
- v prípade potreby a v zmysle štandardných diagnostických postupov odporučí klientovi návštevu ošetrojúceho lekára a ďalšie potrebné vyšetrenia (AVDIČOVÁ, et al. 2000).

Rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení

Rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení rozdeľujeme na **ovplyvniteľné** a **neovplyvniteľné**.

- ovplyvniteľné faktory: hyperlipoproteínémie, nesprávna výživa, vysoký krvný tlak, nedostatok fyzickej aktivity, fajčenie, stres, alkohol,
- neovplyvniteľné faktory: vek, pohlavie, genetické faktory.

Neovplyvniteľné rizikové faktory

K neovplyviteľným rizikovým faktorom patria :

Vek - je veľmi silným a nezávislým rizikovým faktorom - so stúpajúcim vekom sa zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárnych chorôb. Ako rizikový sa považuje vek viac ako 55 rokov u mužov a viac ako 65 rokov u žien. pretože aterosklerotický proces začína vo veľmi mladom veku, jeho prevencia, zahŕňajúca detekciu a ovplyvňovanie rizikových faktorov, by mala začať skoro, ako je to len možné. V čím mladšom veku sa zistia rizikové faktory, tým intenzívnejšie musia byť preventívne a terapeutické postupy (JURKOVIČOVÁ, 2005).

Pohlavie - všeobecne je u mužov riziko rozvoja najmä ischemickej choroby srdca vyššie ako u žien. Muži už v strednom veku majú vysokú prevalenciu hlavných rizikových faktorov. U žien sa prvé prejavy ischemickej choroby srdca spravidla oneskorujú o 10 - 15 rokov (ŠEVČÍKOVÁ, et al. 2006).

Hormonálna antikoncepcia, hlavne u fajčiarok, môže významne zvyšovať riziko aj u mladších žien (JURKOVIČOVÁ, 2005).

Genetické faktory (dedičnosť) - je jedným z najsilnejších rizikových faktorov. Hypertenzia u jednotlivca je v tesnej korelácii s hypertenziou u jeho rodičov a súrodencov. Toto je možné sledovať od detstva. Pozitívna rodinná anamnéza je indikátorom vysoko rizikovej osoby, čo má veľký význam pri ich vyhľadávaní (pri skríningu) (EGNEROVÁ, GULIŠ, 2001).

Rasa - najvyššiu úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca majú černosi. Podieľa sa na nej vysoký výskyt rizikových faktorov (artériová hypertenzia, diabetes melitus, fajčenie, obezita, atď.), ktorý je vyšší ako u belochov. Rozdiely medzi ostatnými rasami a etnickými skupinami sú nevýznamné (JURKOVIČOVÁ, 2005).

Ovplyvniteľné rizikové faktory

Hyperlipoproteínémie - je názov pre chorobné stavy so zvýšeným množstvom tukových látok a cholesterolu v krvi. Rôznych hyperlipoproteínémii je veľa druhov. Pre rozvoj aterosklerózy sú zvlášť významné tie, v ktorých je v popredí zvýšený cholesterol. Väčšina nášho obyvateľstva sa nesprávne stravuje. Je preto potrebné, aby sme sa usilovali nielen o zníženie tuku a cholesterolu v potrave, ale dbali aj o to, aby sa na náš stôl dostávalo stále viac potravín s nižším obsahom nasýtených tukov a cholesterolu (SLEZÁK, 1996).

Rizikové faktory zvyšujúce cholesterol:

- Strava bohatá na živočíšne tuky (tučné mäso, koža z hydiny, maslo, vyprázaný tuk, vybrané druhy sladkostí). Zvýšenie hladiny LDL- cholesterolu a celkového cholesterolu je výraznejšie pri pití nefiltrovannej (tureckej) kávy.
- Nízka pohybová aktivita. Podľa niekoľkých výskumov je jednoznačne dokázané, že pravidelná fyzická záťaž znižuje zlý LDL-cholesterol a zvyšuje dobrý HDL-cholesterol v krvi.
- Nesprávne stravovacie návyky. Aj napriek tomu, že naša výživa obsahuje zdraviu prospešné potraviny, máme počas dňa nesprávne rozdelenú stravu. Najčastejším obrazom nesprávneho stravovania je konzumácia asi 60 % denného príjmu v podvečerných hodinách.

Taktiež vysoký cholesterol môže byť prejavom iného ochorenia štítnej žľazy, pečene alebo obličiek. Je častým javom pri alkoholizme.

Nesprávna výživa - nepokrýva fyziologickú potrebu človeka, pretože neobsahuje všetky pre zdravie potrebné zložky alebo obsahuje poškodzujúce zložky. Pri nesprávnej výžive sa do organizmu dostáva vysoký príjem tukov, soli, rafinovaného cukru, čo je sprevádzané s nízkou pohybovou aktivitou, nízkym príjmom vlákniny a nepravidelnou frekvenciou stravovania. Správne živená populácia je fyzicky a psychicky zdatnejšia, má vyššiu nešpecifickú imunitu, a to umožňuje prežívanie života s pocitom osobnej pohody a zabezpečuje dosahovanie vyššieho aktívneho veku (ÁGHOVÁ, et al. 1993).

Vysoký krvný tlak: udržovanie normálneho krvného tlaku je dôležitou funkciou srdca a ciev. Na vzniku a rozvoji hypertenzie sa podieľa viacero faktorov, niektoré z nich sa dajú ovplyvniť, niektoré nie. Krvný tlak nepriaznivo ovplyvňuje nadváha, nadmerná konzumácia alkoholu, zvýšený príjem soli a stresové situácie. Okrem týchto základných rizikových faktorov na hypertenziu vplýva aj nedostatočná pohybová aktivita. Tieto faktory môžeme ovplyvniť svojou zmenou životného štýlu, ale dedičnosť, ktorá veľmi významne podmieňuje

ostatné rizikové faktory vedúce k zvýšenému krvnému tlaku, nemôžeme ovplyvniť vôbec alebo len minimálne (JURKOVIČOVÁ, 2005).

Nedostatok fyzickej aktivity - je priamym rizikovým faktorom vzniku metabolického syndrómu (obezita, cukrovka, vysoký krvný tlak, zvýšená hladina tukov), kardiovaskulárnych ochorení (ateroskleróza a jej následky: infarkt myokardu, mozgová mŕtvica, ischemická choroba srdca a dolných končatín), ochorení pohybového aparátu, nádorových ochorení a psychických chorôb. Dokonca, nízka úroveň telesnej zdatnosti spojená s fyzickou inaktivitou je väčším rizikom pre vznik srdcovo-cievnych ochorení ako obezita. Najväčší podiel tu má práca či zábava pri počítači, sledovanie televízie (MISTRÍKOVÁ, 2008).

Na rozvíjanie fyzickej zdatnosti je potrebné popularizovať a propagovať význam primeranej pohybovej aktivity pre zdravie a kvalitu života, zlepšiť podmienky rozvoja pohybovej aktivity, podporovať záujmovú športovú činnosť ako súčasť spôsobu života, zvyšovať počet športových zariadení a zabezpečiť plné využívanie existujúcich zariadení (ROVNÝ, et al. 1998).

Fajčenie - je vdychovanie tabakového dymu z horiacich cigariet, cigár alebo fajky. **Nikotín je v súčasnosti jedinou legálnou psychoaktívnou látkou, ktorá nemá žiadne pozitívne účinky na zdravie a je najčastejšou príčinou smrti u užívateľov návykových látok**

Ide o vysoko návykovú látku s návykovým potenciálom porovnateľným s tvrdými drogami (heroínom). Návykové pôsobenie nikotínu je spojené s jeho schopnosťou spustiť uvoľňovanie dopamínu, ktorý vyvoláva príjemné pocity (ŠEVČÍKOVÁ, et al. 2006).

Fajčenie je jednoznačne preukázateľný rizikový faktor pre rozvoj aterosklerózy. V tabakovom dyme sa nachádza okolo 4000 chemických látok a 43 poznaných karcinogénov, pričom pasívny fajčiar bez filtra vdychuje asi 400 chemických látok. Nefajčenie zvyšuje hladinu dobrého HDL cholesterolu. (ROVNÝ, 2009).

Nadmerná konzumácia alkoholu - alkohol je u nás najčastejšie užívaná legálna návyková psychoaktívna látka. Jeho konzumácia, v spoločnosti spravidla vysoko tolerovaná (zakomponovaná do mnohých spoločenských rituálov), môže viesť k vývoju závislosti (psychickej aj fyzickej) so zvýšeným rizikom morbidita a mortality a spája sa so zvýšeným rizikom nehôd, úrazov, trestných činov, samovrážd, domáceho násillia a pod (ŠEVČÍKOVÁ, et al. 2006). Vo veľmi nízkych dávkach má alkohol predovšetkým neurotoxické, hepatotoxické, kardiotoxické účinky, nepriaznivo ovplyvňuje činnosť obličiek, tráviaceho traktu, sexuálne a reprodukčné funkcie a duševné zdravie. U ľudí závislých od alkoholu sa častejšie vyskytujú malígne nádorové ochorenia, degeneratívne zmeny mozgu, hypertenzia, dožívajú sa kratšieho veku a ženám so závislosťou sa rodia deti s fetálnym alkoholovým syndrómom.

Stres - vzniká v dôsledku nesúladu medzi požiadavkami kladenými na človeka a jeho možnosťami ich splniť a náhlou zmenou životnej stability (EGNEROVÁ, 2009).

Príčiny vzniku stresu: zlý nesúlad medzi nami a našou prácou, zlé vzťahy, prítomnosť psychického alebo fyzického násillia na pracovisku, konflikty medzi našimi povinnosťami v práci a mimo nej, strata životného partnera, atď.

Prevenca kardiovaskulárnych chorôb

Primárna prevencia

Primárna prevencia sa zameriava na identifikáciu rizikových faktorov a ich elimináciu. V popredí kardiovaskulárnej primárnej prevencie je zmena stravovania a stravovacích návykov, úprava hmotnosti, boj proti fajčeniu, nadmernému pitiu alkoholu, zvýšenie telesnej pohybovej aktivity, udržanie a zníženie krvného tlaku, normálnych hodnôt glykémie a lipidov (ROVNÝ, et al.1995).

Sekundárna prevencia

Sekundárna prevencia sa zameriava na spomalenie vývoja vzniknutého ochorenia a spolu s aktivitami primárnej prevencie objektom záujmu je kardiovaskulárne ochorenie, sledovanie jeho vývoja a optimalizácia liečby. Zahŕňa farmakologickú prevenciu a kardiochirurgickú liečbu.

Zdravé srdce je pre plnohodnotný život, bez ohľadu na vek a pohlavie, nevyhnutné.

Nezdravé stravovanie a nedostatočná pohybová aktivita sú hlavnými príčinnými faktormi ischemickej choroby srdca, mozgových príhod, niektorých druhov rakoviny, cukrovky 2. typu, vysokého krvného tlaku, obezity, osteoporózy, zubného kazu a iných ochorení. Zdravá strava a primeraná telesná aktivita redukuje riziko smrteľných chorôb tým, že ovplyvňujú tuky v krvi, krvný tlak, krvnú zrážanlivosť, telesnú hmotnosť, glukózovú toleranciu, inzulínovú rezistenciu a iné metabolické zmeny ako napr. steroidné hormóny a rastové faktory. Fyzická aktivita redukuje stres, napätie a depresiu.“ Na zvýšenie celkovej zdatnosti, ako prevencia komplikácií. Cieľom je udržať pohyblivosť, svalové funkcie, svalový tonus.“(Mikuličková,2009)

Konzumácia zeleniny a ovocia, množstvo a kvalita zjedeného tuku, spotreba soli sú najdôležitejšími prvkami pre prevenciu nielen srdcovo-cievnych ochorení, ale aj rakoviny. Stravovanie a telesná aktivita ovplyvňujú zdravie počas celého života, dokonca už v časnom veku. Preto programy, ktoré majú ovplyvňovať stravovanie a fyzickú aktivitu musia byť naplánované na obdobie celého života, počnúc tehotenstvom, dojčením, detskou výživou, až do vyššieho veku, kedy má výživa veľký vplyv na zdravé starnutie. Programy týkajúce sa zdravia detí a mládeže napr. v školách by mali zdôrazňovať nielen terajšiu výživu, ale tiež vytvoriť stravovacie návyky, ktoré vedú k prevencii neinfekčných ochorení a k dobrému zdraviu počas celého života.

Záver

Nesmieme zabúdať na to, že nestačí znížiť hodnoty jedného rizikového faktoru, ale viacerých rizikových faktorov, aby sme mohli predchádzať vzniku KVCH.

Dôležitá forma prevencie kardiovaskulárnych chorôb je systematická cielená zdravotná výchova, zameraná na zvyšovanie zdravotného uvedomenia obyvateľstva, významného

v snahách o zníženie a vylúčenie známych, u nás pôsobiacich rizikových faktorov zo života jednotlivcov alebo celej spoločnosti.

Aj keď nastal výrazný pokrok v liečbe neinfekčných ochorení a vo farmakologickom ovplyvňovaní mnohých rizikových faktorov, z pohľadu verejného zdravia je najväčší potenciál v ovplyvňovaní rizikových faktorov v populácii pomocou všadeprítomných zmien životného štýlu najmä, spôsobom stravovania a pravidelnou pohybovou aktivitou. Je to lacná a udržateľná cesta na boj s týmito chorobami. Úspešná primárna prevencia nielenže redukuje ľudské utrpenie, ale zvyšuje ekonomickú produktivitu a znižuje stále rastúce náklady na liečbu.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- [1] AVDIČOVÁ, M. et al. 2000. *Metodická príručka pre prácu v poradniach zdravia*. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2000. 57 s. ISBN 80-7159-125-4.
- [2] ÁGHOVÁ, Ľ. et al. 1993. *Hygiena*. Martin: Osveta, 1993. 267 s. ISBN 80-217-0515-9.
- [3] EGNEROVÁ, A. 2009. *Epidemiológia chronických chorôb*. Študijný materiál. 2009
- [4] EGNEROVÁ, A., GULIŠ, G. 2001. *Epidemiológia neinfekčných chorôb*. Trnava : Slovak Academic Press, 2001. 126 s. ISBN 80-88908-81-7.
- [5] JURKOVIČOVÁ, J. 2005. *Vieme zdravo žiť?*. Bratislava: Linwe, s.r.o. 2005. 165 s. ISBN 80-223-2132-X.
- [6] MIKULIČKOVÁ, D. 2009. *Rehabilitačné techniky v ošetrovateľskej praxi*. In Zborník VI. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou. *Výchova a vzdelávanie v oše zamerané na klinickú prax II*, Varia. apríl 2009. Skalica. ISBN 978-80-89271-53-5.
- [7] MISTRÍKOVÁ, Z. 2008. *Pohybom ku zdraviu*. In *Bedeker zdravia*. 2008. roč. 4, č. 4. ISSN 1337-2734.
- [8] NÁRODNÝ PROGRAM PODPORY ZDRAVIA. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. 2005.
- [9] ROVNÝ, I. 2009. *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava: Herba, 2009. 128s. ISBN 978-80-89171-60-6.
- [10] ROVNÝ, I. et al. 1998. *Hygiena I*. Martin: Osveta, 1998. 199s. ISBN 80-88824-31-1.
- [11] ROVNÝ, I. et al. 1995. *Preventívne lekárstvo*. Martin: Osveta, 1995. 274 s. ISBN 80-217-0574-4.
- [12] SLEZÁK, J. 1996. *Čo treba vedieť o ateroskleróze, infarkte srdca, mozgovej porážke*. Bratislava : Ústav zdravotnej výchovy, 1996. ISBN 80-7159-081-9.
- [13] SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA - EURÓPSKA ÚRADOVNĽA: *Zdravie 21 - zdravie pre všetkých v 21. storočí*. Bratislava : Štátny zdravotný ústav, 2001. 155 s. ISBN 80-7159-119-X.
- [14] ŠEVČÍKOVÁ, Ľ. et al. 2006. *Hygiena*. Bratislava : Vydavateľstvo Univerzity Komenského, 2006. 328 s. ISBN 80-223-2103-6.

- [15] ŠIMKO, Š., DRIMAL, M. 2008. *Kapitoly zo zdravia a životného prostredia*. Zvolen: Bratia Salovci, s.r.o., 2008. 212 s. ISBN 978-80-8083-688-7.
- [16] Zákon NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- [17] UVZ SR, 2010.:Národný program prevencie srdca a ciev.[on line] [2010-11-28].
Dostupné na internete:
<http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=836:narodny-program-prevencie-ochoreni-srdca-a-ciev&catid=56:tlaove-spravy&Itemid=62>

Adresa autorky

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
Slovenská republika

PREVENCIA TUBERKULÓZY AKO MULTIDISCIPLINÁRNY PROBLÉM

Ivica Gulášová¹, Lenka Görnerová², Zuzana Bačíková³, Jana Švecová⁴

¹Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Vysoká škola polytechnická Jihlava

³Regionálny úrad Verejného zdravotníctva, Považská Bystrica

⁴Národný Ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy

Abstrakt

V článku sa autorky zaoberajú ochorením tuberkulóza ako multidisciplinárnym problémom. V úvode je analyzované ochorenie, jeho vyvolávateľ, zdroj, formy a rozdelenie tuberkulózy na. Ďalej je popísaná diagnostika, výskyt a prenos. Ďalej sú pre porovnanie štatistické údaje o výskyte tuberkulózy na Slovensku a to ako pľúcna tak aj mimopľúcna forma. Grafy znázorňujú výrazný pokles tuberkulózy a týmto je Slovensko zaradené pomedzi krajiny s veľmi nízkym výskytom tuberkulózy. Najdôležitejšia časť článku je zameraná na preventívne opatrenia, ktorá sú rozdelené do troch oblastí, vyhľadávanie zdrojov u dospelých a ich liečba, očkovanie a chemoprophylaxia.

Kľúčové slová

Tuberkulóza, prevencia, očkovanie, chemoprophylaxia.

PREVENTION OF TUBERCULOSIS AS A MULTIDISCIPLINARY PROBLEM

Abstract

Authors are dealing in this article with tuberculosis disease as multidisciplinary problem. In introduction is analysed disease, its inductor, source, forms and division of tuberculosis. Next are described diagnostics, occurrence and transmission. Next are showed statistical data of occurrence of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in Slovakia. Graphs shows significant decrease of tuberculosis which puts Slovakia among countries with very low occurrence of tuberculosis. The most important part of this article is focused at preventive precautions which are divided into three areas: searching of sources of adult tuberculosis and its cure, vaccination and chemoprophylaxis.

Key words

Tuberculosis, prevention, vaccination, chemoprophylaxis.

Úvod

Tuberkulóza je chronické ochorenie vyvolané mykobaktériami. Napadá všetky tkaniva a orgány zvierat a ľudí. Prenáša sa kvapôčkovou infekciou. Najčastejším vyvolávateľom je *Mycobacterium tuberculosis* (humánný typ, Kochov bacil BK). Zriedkavejším vyvolávateľom

je *Mycobacterium bovis* (bovinný typ). Ojedinele sa vyskytujú ochorenia vyvolané niektorými tzv. atypickými mikrobaktériami, medzi ktoré patria napr. *Mycobacterium avium* a *Mycobacterium marinum* (balnei). *Mycobacterium marinum* saprofytický organizmus, ktorý veľmi dobre rastie pri teplote 32 st C./3/ Pre to sú infekcie takmer vždy lokalizované na koži. Vznikajú po banálnych poraneniach v nedostatočne chlórovaných bazénoch, pri ich čistení alebo pri manipulácií s teplovodnými akváriami. V Amerike stavajú tzv. getá proti šíreniu tuberkulózy. Do týchto centier idú ľudia, ktorí trpia tbc, aby nešírili túto chorobu ďalej.

Zdrojom infekcie je teda obyčajný človek chorý na tbc pľúc a najrozšírenejším infekčným materiálom je spútum (hlien). Podstatne menšia je možnosť nákazy močom pri tbc obličiek a močových ciest, hnisom pri otvorenej tbc kosti a kĺbov, exkrétom pri rozpadovej tbc kože, sekretom pri tbc genitálií a stolicou pri tbc čriev. **Ochorenie sa prenáša najčastejšie kvapôčkovou infekciou, zriedkavejšie prachom obsahujúcim BK a výnimočne priamym kontaktom alebo deglutináciou vlastného spúta chorého.** Zdrojom infekcie pre človeka môže byť výnimočne aj zvier, hlavne hovädzí dobytok, pričom najčastejším spôsobom nákazy je alimentárna cesta (mliekom tbc kráv a mliečnymi výrobkami). Menej častá je infekcia inhaláciou prachu obsahujúceho mykobaktérium bovineho typu u dojičov, kŕmičov a ošetrovateľov tbc dobytk, veterárov a zootechnikov, ktorí pracujú v zamorenom prostredí. U nás po eliminácii tbc u hovädzieho dobytk (r.1968) sa tbc vyvolaná bovineým typom mykobaktérie vyskytuje už len ojedinele a infekcia vyvolaná mikobyktériou aviárneho typu veľmi zriedkavo.

Rozdelenie tuberkulózy

Z patologického hľadiska sa rozdeľuje tuberkulóza na:

- Primárnu- vzniká najčastejšie prenesením infekcie dýchacími cestami.
- Sekundárnu- prehltnutím infikovaného spúta sa dostane infekcia napr. do tráviaceho alebo močového systému.

Diagnóza

Etiológia tbc ochorenia (tuberkulínová alergia) sa zisťuje tuberkulínovými skúškami. Hodnotí sa výsledok reakcie pacienta a odoberá sa chorým materiál rôzneho druhu. **U detí do 1 roka sa robí perkutánná náplast'ová skúška podľa Monrada.** Inak sa robí tuberkulínový test podľa Mantouxa, najmä pri hromadnom testovaní. Ako pozitívny sa hodnotí infiltrát, nie erytém /Solovič, et al.2008/. Na bakteriologické vyšetrenie na BK sa dnes prevažne odoberá spútum, ďalej sa odoberá výter hrtana, výplach žalúdka, výter z trachey a bronchov, menštruačnej krvi, hnisu, likvoru, moču, stolice, bioptický materiál.

Výskyt a prenos ochorenia

Hoci sa každý tretí človek tejto planéty infikuje tuberkulóznym bacilom, **je výskyt kožnej tuberkulózy nízky.** A aj v oblastiach ako India alebo Čína, kde je celková prevalencia respiračnej tuberkulózy veľmi vysoká, sa vyskytujú rôzne tuberkulózne prejavy len približne v 0,1 % medzi dermatologickými ochoreniami.

Výsledky retrospektívnej štúdie v období 10 rokov 1993- 2002 v Hong Kongu poukazujú do konca len na 0,07 %-ný výskyt kožnej tbc. V Indii trpí kožnou tbc približne 0,1 % populácie.

V SR sa od r. 1986 do r. 2007 (tab. 1) výskyt mimoplúcnej tuberkulózy postupne znižoval. Kým v r. 1995 bola mimoplúcna tbc diagnostikovaná u 177 osôb, pričom na respiračnú tuberkulózu v danom roku ochorelo 1 540, v roku 2007 trpelo na respiračnú tbc o tretinu osôb menej, čiže 570, a na mimoplúcne tbc prejavy 138 osôb. **Výskyt kožnej tbc tvoril v minulosti cca 10 % z celkového počtu ochorení na mimoplúcnu formu.** V ostatných 4 rokoch sa u nás výskyt plúcnej aj mimoplúcnej tbc stabilizoval.

Výskyt tuberkulózy na Slovensku

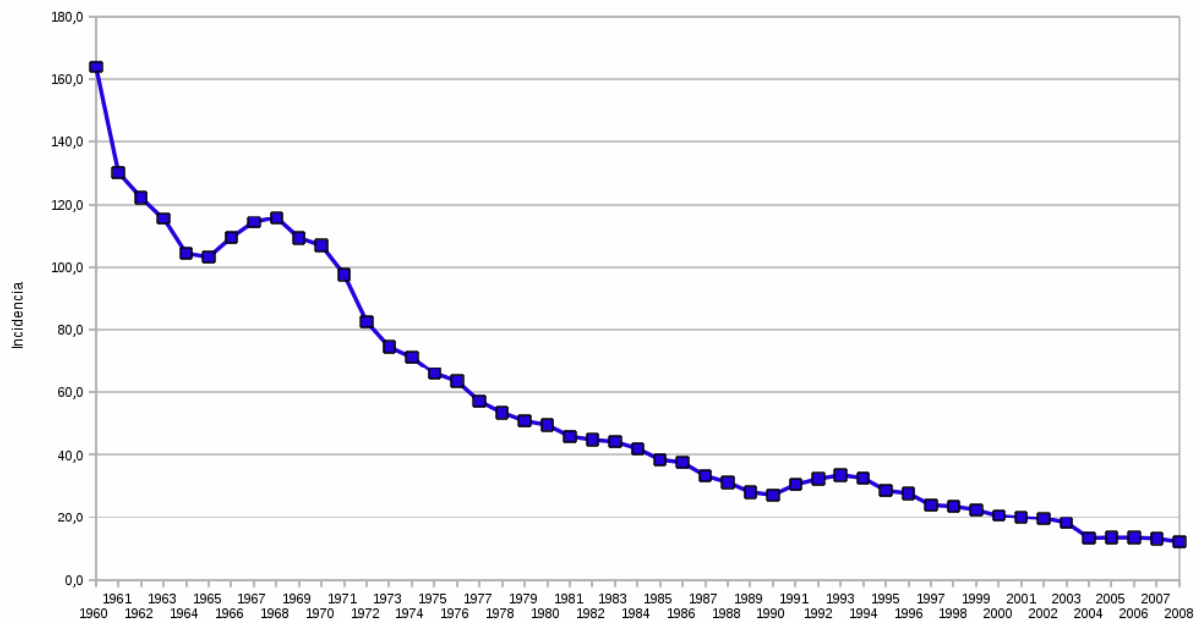
Na začiatku minulého storočia zomierali na Slovensku na tuberkulózu tisíce ľudí ročne. Situácia bola podobná ako je dnes v nerozvinutých krajinách tretieho sveta. Ochorenie zabíjalo mladých ľudí a ľudí v produktívnom veku. Od polovice storočia boli objavené prvé účinné antituberkulotiká. Aj vďaka premyslenej zdravotníckej politike počet chorých odvtedy neustále klesá. V posledných rokoch je na Slovensku každý rok hlásených asi 650 prípadov tuberkulózy, z ktorých vysoko nákazlivú formu tvorí menej ako tretina. Úmrtia v detskom alebo produktívnom veku sú výnimočné.

Slovensko sa tak zaradilo medzi krajiny s veľmi nízkym výskytom tuberkulózy. Obrázok ukazuje vývoj incidencie tuberkulózy na Slovensku za posledných 50 rokov. Incidencia je počet hlásených ochorení na každých sto tisíc obyvateľov.

Štatistické údaje

Tabuľka 1: Tuberkulóza kože - situácia na Slovensku v rokoch 2004–2009 /Solovič, et al.2008/.

Rok	Počet prípadov kožnej formy TBC	Počet prípadov mimoplúcnej TBC	Počet všetkých hlásených prípadov TBC	Podiel prípadov (v %) kožnej formy z celkového počtu:	
				mimoplúcnej TBC	hlásených prípadov TBC
2004	10	139	705	7,19	1,42
2005	10	148	743	6,76	1,36
2006	3	133	732	2,56	0,41
2007	4	138	708	2,90	0,56
2008	4	112	652	4,48	0,61
2009	5	94	513	4,7	0,97

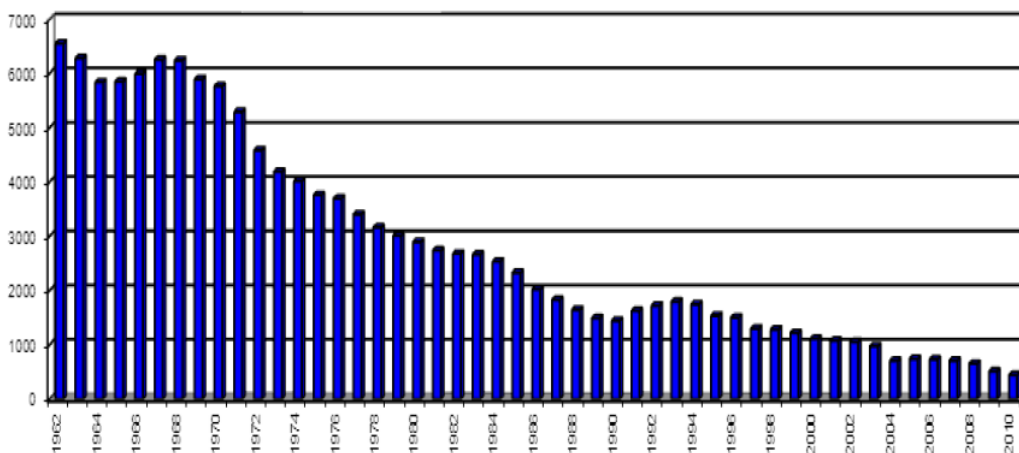


Slovensko od roku 1960-2008



NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy
NÁRODNÝ REGISTER TUBERKULÓZY

Počet prípadov TBC na Slovensku v rokoch 1960 – 2010



Prevenia tuberkulózy význam očkovania

Dôležitá je izolácia zdrojov tbc nákazy, preto treba pozitívnych ľudí, ktorí vykašliavajú spútum pozitívny BK treba izolovať. Zdrojom môže byť aj styk s dobytkom s tbc. V súčasnosti sa tento typ nákazy vyskytuje len veľmi zriedkavo, keďže v roku 1968 sa eliminovala tbc u hovädzieho dobytká. Preto každý kus hovädzieho dobytká, u ktorého zverolekár objaví reakciu na tbc, sa zabije.

Očkovanie (vakcinácia) je veľmi dôležitou preventívnou metódou boja proti tuberkulóze. **Základné očkovanie sa u novorodencov robí od 4. do 6. týždňa po narodení. V prvom a poslednom roku povinnej školskej dochádzky v kalendárnom roku, v ktorom je dovŕšený 19. rok života, (prípadne 25. a 30. rok života) sa kontroluje tuberkulínová alergická reakcia a osoby s negatívnou reakciou sa nevakcinujú** /Solovič, et al.2008/. Po súhlase krajského hygienika môžu sa z epidemických dôvodov očkovať ešte aj deti v 5. roku povinnej školskej dochádzky (10 ročné deti). **V prvom rade je dôležité vyhľadať zdroje tbc nákazy u ľudí rtg pomocou bakteriologickej depistáže.** Rtg depistáž sa vykonáva individuálne v poliklinickej praxi alebo hromadne pomocou rádiografíe, ktorá je dôležitou metódou v časej diagnostiky tbc pľúc. Pomocou hromadnej rádiografíe sa skladá a udržiava rtg kataster všetkých obyvateľov nad 18 rokov. **Ak sa rtg vyšetrením obyvateľstva nedosahuje primeraný výsledok (malá výťažnosť), zameriava sa rádiografická na cieľové vyšetrenie skupín obyvateľstva, ktoré sú osobitne závažné z epidemiologického hľadiska (napr. niektoré skupiny zamestnancov v potravinárskom priemysle) a z hľadiska rizikovosti zamestnania (napr. učitelia, zamestnanci v školách a jasliach) ako aj územné celky s častejším výskytom infekcie.** Z epidemiologického hľadiska je však mimoriadne dôležité systematicky, mikroskopicky a kultivačne vykonávať aj bakteriologickú depistáž novozistených, z tbc podozrivých, ako aj bakteriologické vyšetrenie evidovaných chorých na tbc. Keďže zdrojom infekcie nemusí byť len chorý človek ale aj choré zviera, nesmie sa v prevencii tbc podozrivých zabúdať ani na vyhľadávanie tbc zvierat, čo je pracovnou náplňou veterinárov.

V prevencii tbc infekcie, ochorenia, prípadne recidívy tbc ochorenia má významné miesto aj chemoprofylaxia- podávanie antituberkulotickej liečby, menovite INH (isoniazid). Rozoznáva sa primárna a sekundárna chemoprofylaxia. V prípade primárnej chemoprofylaxie sa podáva INH osobám zatiaľ tuberkulín- negatívnym, ale aj tbc infekciou ohrozeným, preto, aby sa zabránilo infekciám.

Pri sekundárnej chemoprofylaxii sa podáva INH osobám už neinfikovaným, aby sa zabránilo prechodu infekcie do manifestného ochorenia. Preventívna chemoterapia je podávanie INH osobám, ktoré už mali minimálne tbc zmeny (kalcifikácie u detí alebo fibrózne lézie u dospelých), no doteraz neboli liečené, alebo boli liečené nesprávne, preto aby sa zabránilo recidívam. **Pri indikácii chemoprofylaxie treba brať do úvahy významné rizikové okolnosti. Dôležitá je závažnosť zdroja infekcie a spôsob styku so zdrojom** /Solovič, et al.2008/. Je rozdiel, ak je zdroj mikroskopicky a kultivačne pozitívny, alebo len kultivačne pozitívny, alebo ide o zdroj síce čerstvý, ale abacilárny /5/. Treba tiež zistiť, či zdroj žije sám, alebo uprostred rodiny, kde sa denne stýka s deťmi, alebo ide o styk občasný, alebo len náhodný styk. Závažný ukazovateľ je i vek dieťaťa, alebo osoby už infikovanej,

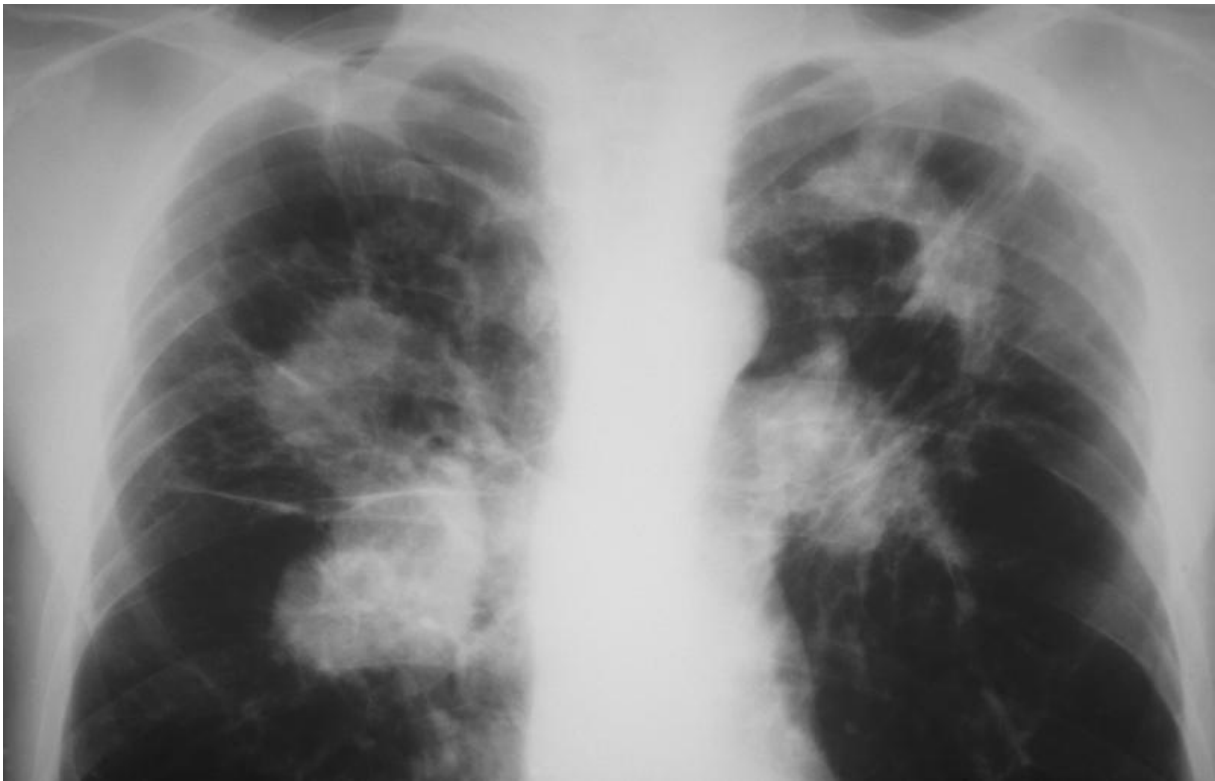
alebo ohrozenej tbc nákazou. Je známe, že najmenej odolný proti tbc sú novorodenci a dojčatá do 6. mesiaca života. **Za jedincov s menšou prirodzenou odolnosťou môžeme pokladať aj deti do 3 rokov, prípadne až do 6 rokov, ako aj deti v puberte a mladistvé osoby. Rozhodujúce sú aj hodnoty tuberkulínovej alergie.** Najmä čerstvo získaná tbc infekcia, pri ktorej vzniká konverzia tuberkulínovej alergie, má veľký sklon k prechodu do ochorenia. Do úvahy treba brať aj rôzne rizikové situácie. Predovšetkým môže ísť o niektoré ochorenia, o ktorých je známe, že môžu vyvolať zníženie odolnosti proti tbc, ako je napr. cukrovka, leukémia, lymfogranulóm, dysgamaglobulinémia, morbili a pertussis /Solovič, et al., 2008/. Dôležitým faktorom je aj životné prostredie, v ktorom sa zdroj nákazy môže dostať s deťmi najmä v útľom veku. Sú to najmä pôrodnice, dojčenské ústavy, jasle, materské školy a pod. U dospelých napr. psychiatrické liečebne a ústavy nápravnej výchovy. Za zvýšené rizikové prostredie považujeme aj rodiny s nízkou kultúrnou a zdravotnou úrovňou a rodiny alkoholikov.

Hlavné indikácie chemoprofylaxie

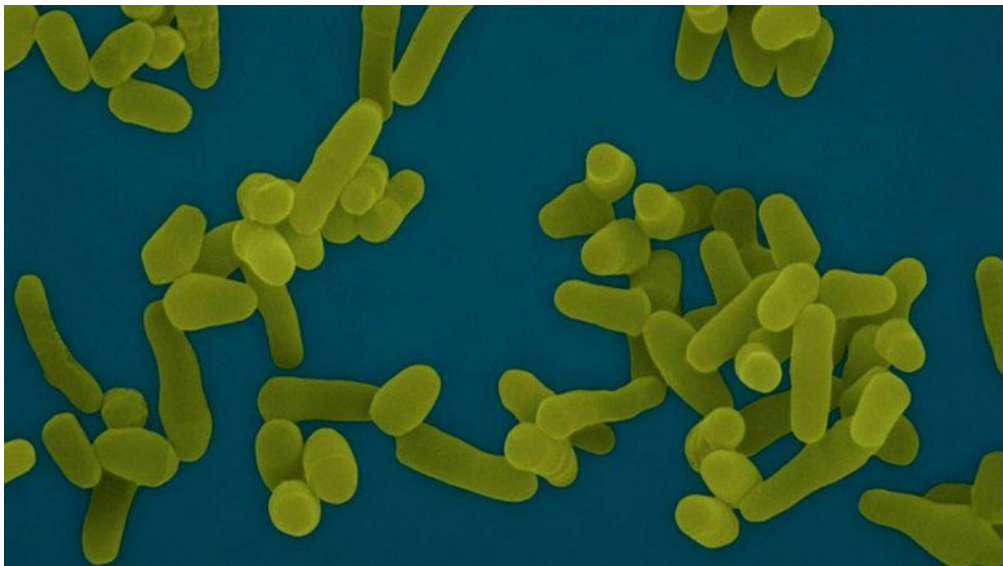
- Novorodenci a dojčatá, ak prišli do styku s tbc infekciou.
- Osoby s čerstvou konverziou a a dokázaným stykom so zdrojom tbc infekcie.
- Deti s dokázanými kalCIFIKÁCIAMI alebo dospelé osoby s fibróznymi léziami, ktoré do teraz neboli liečené, alebo boli liečené neadekvátne, sú oprávnenou indikáciou na preventívnu chemoterapiu/2/.
- Deti a ostatné osoby žijúce v styku s nákazlivou formou tbc (v tomto prípade treba dôkladne zvážiť všetky už spomenuté rizikové okolnosti) .

V roku 2008 bolo zaznamenaných 652 prípadov ochorení na rôzne formy tuberkulózy (chorobnosť 12,1 na 100 000 obyv.), čo je oproti roku 2007 pokles o 0,8%. V porovnaní s 5 - ročným priemerom je výskyt nižší o 16%. Ochorenia boli hlásené s každého kraja SR, s najvyššou chorobnosťou v Prešovskom kraji (17,58) a Košickom (16,79). Najnižšia chorobnosť bola zaznamenaná v Bratislavskom kraji (6,38). Ochorenia sa vyskytli u pacientov v každej vekovej skupine, s najvyššou chorobnosťou vo vekovej skupine 65-ročných a starších. Z celkového počtu ochorení bolo 406 mužov a 246 žien. V 540 prípadoch išlo o pľúcnu formu tbc a v 112 prípadoch o mimo pľúcnu formu tbc. Hlásených bolo 6 úmrtí u dospelých osôb /4/.

Obrázky: Rtg Pľúca nakazeného pacienta tbc a baktérie tbc znázornené pod mikroskopom:



(Pľúca nakazeného pacienta tuberkulózou. Ložiská tuberkulózy sú znázornené bielymi flakmi)



(fotografia baktérie Mycobacterium tuberculosis, ktorá najčastejšie spôsobujú tuberkulózu. Baktérie veľké asi dva mikrometre, sú na snímke zväčšené asi 3700krát.)/3/

Záver

Vzhľadom na to, že tuberkulóza je závažné chronické ochorenie, preto aj v dnešnej dobe sa kladie dôraz na prevenciu, a to hlavne u detí. Preventívne opatrenia sa dajú zahŕňať do 3 bodov:

- Vyhládavanie zdrojov tbc u dospelých a ich liečenie
- Vakcinácia
- Chemoprofylaxia.

Použitá literatúra

- [1] Solovič, I. et al. 2008. *Tuberkulóza – vybrané kapitoly*. Národný Ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy. 2008, 107 str., ISBN 978-80-970024-4-2.
- [2] <http://www.hpl.sk/main.php?go=ochoreli-ste/choroby/tub-koze>
- [3] http://8550728613467848698-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/hplmykobakter/je-na-slovensku-tuberkuloza-rozsirena/svk60_08.gif?attachauth=ANoY7co4Ay646QIT8o7X05i2_QqrA1Lpkm65guyxePRrGSAsybg5aj6LXxZ6BFwiSIrboKliKz5yuwp6NvXgiY2QuZyvpKN3XYvUiCqIOO-ChNdn-LyVNPn11v7x7E3mASWSJi_XYceMnq0sab37D4CMWArG2Pj8Wu9AIKe6PMne1aW99gM0gDoaxHTyiJJCadyG6sCw5ElBwf2hh-uF4lg9HHVTwkJ0-f1zjI_d6GJalrZjGKH99mbApLzb7isJkkteU2JoKN4c&attredirects=0
- [4] <http://www.hpl.sk/index.php?go=ponuka-hpl/ponuka-vysetreni/mikrobiologia/mikrobhumanna/tbc>
- [5] http://www.hagy.sk/storage/TBC_pripady_1960-2010.pdf

Adresa autorky

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
Slovenská republika

WELL-BEING JAKO SOUČÁST ZDRAVÍ

Marie Hlaváčová

UK 2. LF, Ústav ošetřovatelství, V Úvalu 84, Praha 5

Abstrakt

Na prožitek osobní pohody (well-being) lze nahlížet jako na jednu z významných složek zdraví. Příspěvek byl koncipován jako stručné seznámení s psychosociálními aspekty a pojetím fenoménu well-being.

Klíčová slova

Well-being, osobní pohoda, zdraví, dimenze osobní pohody, radost.

WELL-BEING AS PART OF HEALTH

Abstract

The experience of well-being can be regarded as one of the major components of health. The paper was conceived as a brief introduction to the psychosocial aspects of the phenomenon and concept of well-being.

Key words

Well-being, health, dimensions of well-being, pleasure.

Úvod

V poslední době jsou velmi často s pojmem zdraví střídavě používány pojmy pohoda i well-being jako ekvivalenty téhož. Tendence vychází z překladu definice zdraví WHO známé od roku 1946, která v originále zní takto: „Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (in Kebza, 2005). Od té doby byla definice zdraví WHO několikrát upravována, ale výše citovaný základ již zůstal.

Pojmy zdraví, pohoda nebo well-being jsou často komerčně využívány v reklamách na velké množství produktů a různých aktivit s různým záměrem, proto je důležité rozvíjet povědomí o správném chápání pojmu well-being mezi laickou a odbornou veřejností. Upozornit na obrovský potenciál pěstování osobní pohody na zdraví, spokojenost a dosažení životních cílů člověka je nezbytné.

Kebza (2005) pojem well-being překládá jako osobní pohoda, což implicitně zahrnuje oblast duševní, tělesnou, sociální i spirituální. Křivohlavý (2004) používá stručnější variantu překladu well-being – jako pojem pohoda nebo životní pohoda. V české terminologii tato charakteristika není samozřejmostí, často je pojem nepřesně spojován pouze s dimenzí duševní pohody. V souvislosti s well-being se používají i další pojmy - tělesná pohoda (wellness, fitness), prožitek blaha, radost, štěstí.

Pohoda z psychologického hlediska souvisí s afekty, dále se pojí s náladami a osobnostními rysy, zároveň obsahuje složku postojovou. Nástroje, které se snaží postihnout osobní pohodu obsahují míry pozitivní afektivity a životní spokojenosti. Některé studie chápou osobní pohodu jako součást kvality života, např. Levin rozlišuje dvě základní dimenze - subjektivní a objektivní osobní pohodu. Objektivní pohoda obsahuje funkční kapacitu organismu, zdravotní stav, socioekonomický status. Subjektivní pocit osobní pohody zahrnuje čtyři oblasti: psychickou osobní pohodu, sebeúctu, sebeuplatnění, osobní zvládnání.

Řada studií popisuje dimenze osobní pohody. Struktura osobní pohody má šest základních dimenzí (C. D. Ryffová, C. L. Keyesová, 1995 in Kebza, 2005):

- Sebe přijetí – spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, pozitivní postoj k sobě, přijetí dobrých i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.
- Pozitivní vztahy s druhými – schopnost empatie, vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých.
- Autonomie – schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost a sebeurčení, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.
- Zvládnání životního prostředí – přehled o tom, co se v okolním světě děje, pocit kompetence při zvládnání každodenních nároků, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní potřeby a cíle.
- Smysl života – cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.
- Osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

Ke struktuře osobní pohody se váže podle C. D. Ryffové, C. L. Keyesové též schopnost prožitku *naděje*, tzn. zda je člověk schopen věřit, že bude líp. V rámci analýzy složek lidského jednání, umožňujících prožitek naděje, jsou uváděny mj. tři hlavní komponenty: cíl a zaměřenost jednání, cesty a způsob jeho realizace, úsilí umožňující tuto realizaci naplnit (Snyder, 2004 in Kebza, 2005).

Naděje je často chápána jako protipól negativních emocí, rezignace a deprese. V Čechách se tématu naděje věnují autoři: Křivohlavý, Kebza, Vymětal.

Kromě psychologické podstaty je pojem „well-being“ propojen z medicínského pohledu s holisticky pojímaným zdravím, jednak s komplexně založeným pojetím životního stylu, zahrnujícím množství rizikových i protektivních faktorů.

Významným předpokladem komplexu well-being je též *tělesná zdatnost* (wellness či fitness). Výzkumně je zpracován zejména vliv pohybové aktivity na osobní pohodu či její komponenty: pohybová aktivita zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu.

Řada autorů prokázala pozitivní vztah mezi fyzickou kondicí a emocionalitou, cvičení má pozitivní vliv na pocity úzkosti, deprese, sebeúcty a psychické pohody (např. T. W. Pelham, P. D. Campagna (1991), J. E. Brandon, J. M. Loftin, J. Curry 1991) – in Kebza, 2005.

Při vyjadřování osobní pohody ve smyslu well-being se někdy používá pojmu wellness jako synonyma. Někdy se pojem wellness vztahuje k přijetí určitého chování a životního stylu, podněcujícího optimální fyzické a psychické zdraví. Takové chování zahrnuje zvládnání stresu, zdravou výživu, nekuřáctví, mírné nebo žádné požívání alkoholu, odpovídající spánek, fyzické cvičení apod.

Poměrně rozsáhlý zdroj poznatků, který se vztahuje k problematice well-being, přináší pozitivně koncipovaná psychologie. Poznátky pocházejí z různých koncepcí (Kebza, 2005):

- koncepce dispozičního a naučeného optimismu (Seligman)
- koncepce salutogeneze A. Antonovského
- koncepce tzv. fortogeneze a fortologie (fortis – silný)
- koncepce kapacity zdraví N. Amosova
- koncepce valeologie – v ruský mluvících zemích (např. L. M. Krylova - Moskva)
- koncepce sofrologie – postulovaná španělským lékařem A. Caycedem

Pro rozvoj psychologického i mezioborově založeného poznání komplexu tvořícího well-being a holisticky pojatého zdraví je důležitá prožitková charakteristika pojmu *štěstí*. V určité podobě je cílem lidského snažení obecně. Od roku 1984 rozpracovává R. Veenhoven v Rotterdamu na Erasmus University světovou databázi štěstí, která zahrnuje databázi bibliografie štěstí, informace o distribuci štěstí podle národů, nebo např. přehled hlavních výzkumů o štěstí, odkazy na základní literaturu rozdělenou na čtyři oblasti: psychologie štěstí, epidemiologie štěstí, filozofické a sociologické souvislosti štěstí (in Kebza, 2005). R. Veenhoven rozlišuje 3 druhy štěstí: celkové štěstí, hedonickou úroveň citu a spokojenost.

S pojmem štěstí je obsahově propojen pojem *radost*, který lze v psychologii i medicíně označit za pojem podceňovaný (Tiger, 1992, in Kebza, 2005), přestože právě radost a další pozitivní emoce signalizují pozitivní stav fungování člověka, ovlivňují jeho jednání a aktivitu (Frederickson, 2002, in Křivohlavý, 2004). Pozitivní emoce rozšiřují tvořivou myšlenkovou aktivitu. Pokusy Fredericksonové potvrdily, že osoby, které prošly zážitkem pozitivní emoce mají širší repertoár zvládnání problémů. Pozitivní emoce transformují osobnost, lidé se stávají tvořivějšími, schopnějšími, nezdolnějšími, rozvíjí se jejich sociální aktivita a stávají se tak i zdravějšími.

Závěr

Kebza (2005) uvádí, že v civilizovaných zemích se v posledních 20 letech procento úmrtí způsobených nevhodnými složkami životního stylu pohybuje nad hodnotou 50, proto je důležité se zabývat vlivem životního stylu včetně duševní pohody na zdraví.

Tematicky příspěvek patří do oblasti spojené s diagnostickou doménou podpory zdraví, která nabízí ošetřovatelskou diagnostiku související s povědomím o zdravém životě, správném fungování člověka a strategiích podporujících nebo zlepšujících zdravý život.

Použitá literatura:

- [1] KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5
- [2] KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-835-X
- [3] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Čs. Psychologie* 47, 2003 a, 4, 333 – 345. ISSN 0009-062X

PRÍSTUP RÓMOV K ZDRAVIU A K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Soňa Hlinková, Vladimír Littva, Anna Lesňáková

Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Zdravie rómskej populácie sa v poslednej dekáde dostalo do popredia ako jeden z kľúčových problémov verejného zdravotníctva. Cieľom našej práce bolo zistiť informovanosť Rómov o zdravotnom stave a konkrétnych chorobách, ktoré sa u nich vyskytujú. Informácie sme získali dotazníkovým prieskumom

Metódy: Prieskumnú vzorku tvoril súbor 450 respondentov z rómskej komunity žijúcej v troch charakteristicky rozdielnych osídleniach: homogénnych rómskych osadách, v obciach so zmiešaným obyvateľstvom a v mestách.

Výsledky: 42% Rómov nemá dostatok informácií a až 83% z opýtaných nemá záujem o informácie o svojom zdraví. Najlepšie informovaní sa cítia respondenti žijúci v mestách 18%. 58% respondentov z oddelených rómskych osád nevedelo vymenovať ani jednu chorobu, ktorou trpia zatiaľ čo v mestách nevedelo vymenovať svoje choroby len 15%.

Záver: Nielen na Slovensku, ale aj v ostatných štátoch Európskej únie rómska komunita predstavuje so svojimi špecifikami a charakteristikou výzvu do budúcnosti. Tieto informácie prispievajú k lepšiemu pochopeniu správania sa a prístupu samotných Rómov k svojmu zdraviu..

Kľúčové slová

Zdravotný stav. Informovanosť. Rómovia.

APPROACH OF THE ROMA TO HEALTH AND TO HEALTH CARE

Abstract

Introduction: Health of Roma has become one of the key public health problems in the last decade. The aim of this study was to find out how are the Roma informed about their health status and diseases.

Methods: Question were 450 respondents from the Roma community living in three distinctively different settlements:homogeneous Roma settlements in villages with mixed population in cities.

Results: 42% of Roma do not have enough information and 83% of respondents are not interested in information about their health. The best informed respondents feel living in urban areas 18%. 58% of respondents from segregated Roma settlements could not named one from the illness they were suffered while in the cities could not named their disease, only 15%.

Conclusion: The Roma community presents with its specific features and characteristics the challenge for the future not only in Slovakia but also in other European Union countries. These information should lead to better understanding of their behavior and attitudes to their health.

Key words

Health status. Awareness. Roma.

Úvod

Rómovia v porovnaní s priemernými občanmi trpia značným nedostatkom vedomostí o vplyve životného štýlu a spôsobu života na vlastné zdravie. V rómskych rodinách sa často prenášajú nezdravé návyky a nezdravé správanie medzi generáciami. Patrí k nim aj podceňovanie chorôb, príznakov a dôsledkov choroby. Kritická je tiež úroveň vedomostí o reprodukčnom zdraví a o plánovaní rodiny (Vašečka, 2002). O zdraví a chorobe majú Rómovia niekedy mýtickú predstavu, ktorá nahrádza skúsenosť a poznatky napríklad o infekčných chorobách. Časť rómskych rodičov a dospelých má negatívny alebo pasívny postoj k očkovaniu a prevencii. Nevhodná hierarchia hodnôt a podceňovanie starostlivosti o vlastné zdravie sa prejavuje aj tým, že jednotlivci v rómskych osadách tvrdia, že „nemajú na autobus“ k lekárovi, hoci veľa členov z rodiny fajčí (Popper, 2009). Ďalším problémom môže byť limitovaný prístup k zdravotným službám a k zdravotníckej starostlivosti zapríčinený nedostatkom primeraných a adekvátnych identifikačných dokladov a rodných listov, ktoré sú potrebné na registráciu do zdravotných poisťovní (Rimárová, 2009).

Pri poskytovaní starostlivosti o rómske etnikum týkajúcej sa primárnej, sekundárnej alebo terciárnej zdravotnej starostlivosti, je potrebné vhodne používať efektívnu verbálnu i neverbálnu komunikáciu, využívať vhodné edukačné princípy, uplatňovať empatický a trpezlivý prístup. Hlavným cieľom našej práce bolo zistiť informovanosť o ich zdravotnom stave a konkrétnych chorobách.

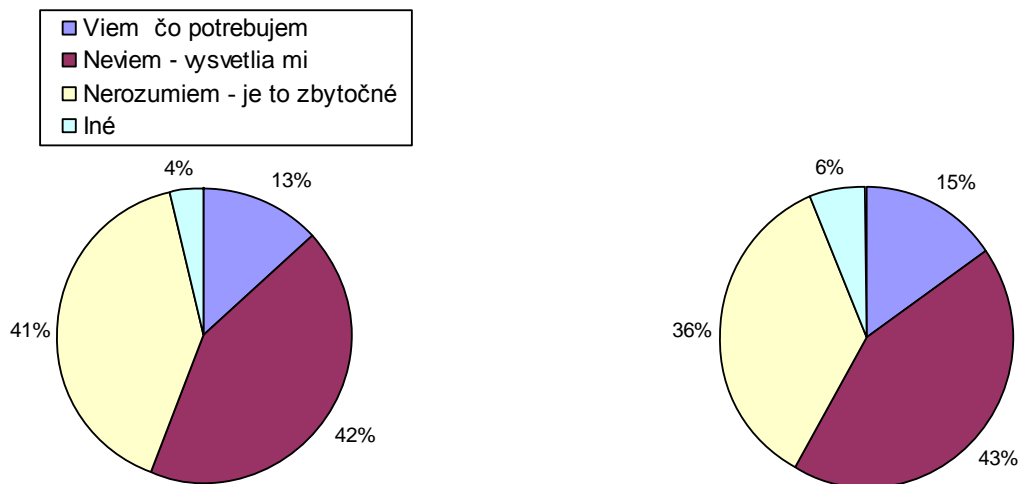
Metódy

Informácie sme získavali realizovaním prieskumu medzi občanmi rómskej komunity žijúcej v troch charakteristicky rozdielnych osídleniach: homogénnych rómskych osadách, v obciach so zmiešaným obyvateľstvom (Rómovia a slovenské etnikum), a v mestách. Z miest sme si vybrali Poprad, Kežmarok, Ružomberok, Liptovský Mikuláš a Spišskú Belú. Tento výber reprezentuje rozdielnosť či už svojou veľkosťou ako aj percentuálnym podielom rómskeho obyvateľstva. Spomedzi obcí so zmiešaným obyvateľstvom sme vybrali: Hniezdne, Batizovce, Východnú, Spišské Bystré a Krížovú Ves. Zámerne sme vynechali oblasť Rudnians v okrese Spišská Nová Ves, nakoľko Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku v tomto prostredí počas posledných troch rokov pracovala na zdravotníckom zameranom projekte, čo by sa do nášho prieskumu premietlo ako silný neželaný halo efekt. Do skupiny separovaných rómskych osád sme zaradili osady pri Ľubici, Starej Ľubovni, Letanovciach, Stráne pod Tatrami a osadu Dobrá Vôľa. Prieskumnú vzorku tvoril súbor 450 respondentov, ktorí patria k laickej verejnosti. Výber respondentov bol zámerný.

Na získanie potrebných informácií v prieskume sme využili ako prieskumnú metódu dotazník (záznam z rozhovoru), pretože túto empirickú metódu sme považovali za najvhodnejšiu na získanie informácií od väčšieho počtu respondentov. Otázky boli zatvoreného typu – respondenti z predložených možností označili jednu odpoveď podľa dostatočných informácií. Účasť na rozhovore bola dobrovoľná a anonymná. Na spracovanie údajov, ktoré respondenti uviedli v dotazníku, sme použili ručnú čiarkovú metódu. Výsledky sme kvantitatívne vyhodnotili v absolútnych hodnotách a v relatívnych hodnotách (%).

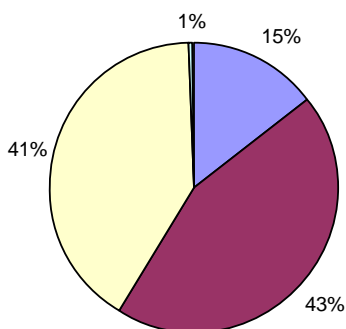
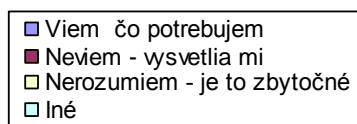
Výsledky

Zisťovali sme aký názor majú respondenti na informovanosť ohľadom ich zdravia. Či vedia všetko čo potrebujú vedieť a či majú o informácie záujem. 42% Rómov nemá dostatok informácií, ale má možnosť ich získať. 41% nemá informácie, ale ani snahu ich získať a len 13% opýtaných tvrdí, že má potrebné informácie. Čiže keď neberie do úvahy či majú možnosť získať informácie alebo nie, až 83% z opýtaných nemá záujem o informácie o svojom zdraví. Čo sa týka informovanosti, v jednotlivých vekových skupinách sú jemné, avšak nie významné rozdiely (graf č. 1-4).

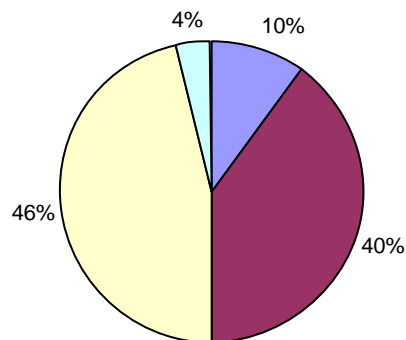


Graf 1 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví spolu vo všetkých vekových kategóriách

Graf 2 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví vo vekovej kategórii 15 – 30 rokov



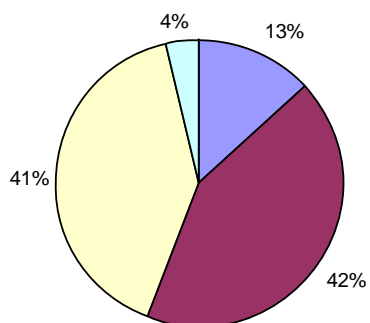
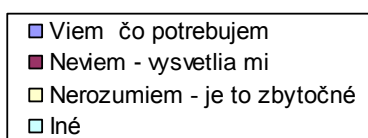
Graf 3 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví vo vekovej kategórii 30 – 45 rokov



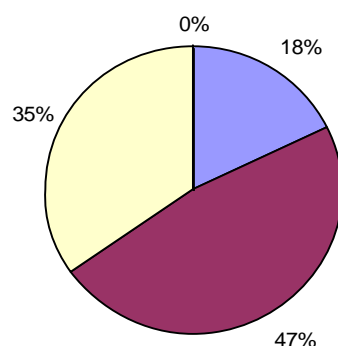
Graf 4 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví vo vekovej kategórii 45 – 60 rokov

Informácie zobrazené v grafoch 5, 6, 7, a 8 hovoria, že najlepšie informovaní sa cítia respondenti žijúci v mestách 18%. V porovnaní s osadami je to síce o polovicu viac (9%), no napriek tomu ide o veľmi nízke percento vedomostí. Záujem o informácie a znalosť na koho sa v prípade potreby obrátiť bol v mestách najvyšší (47%), avšak porovnateľný s obyvateľmi v obciach so zmiešaným obyvateľstvom (42%) a osadami (38%). Najmenší záujem o informácie prejavili respondenti z oddelených rómskych osád 48% v porovnaní s obcami so zmiešaným obyvateľstvom (40%) a s mestom (35%).

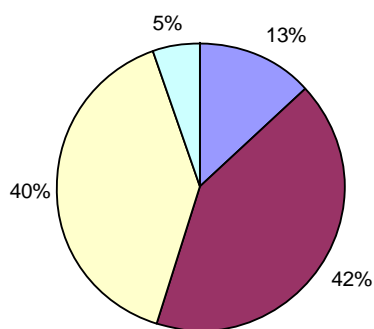
Percentá vyjadrujúce nezáujem rómskeho obyvateľstva o informácie týkajúce sa ich zdravia sú veľmi vysoké a poukazujú na nutnosť zamerať programy najmä na motiváciu rómskeho obyvateľstva k záujmu o svoje zdravie, pretože zdravotné uvedomenie je prvý predpoklad k zlepšeniu zdravotného stavu.



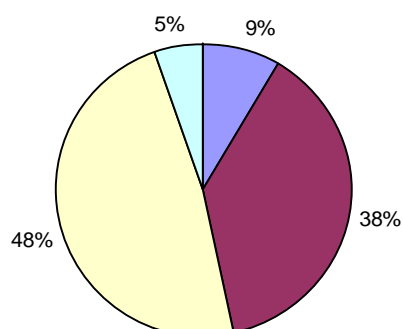
Graf 5 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví v celej vzorke



Graf 6 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví u Rómov žijúcich v mestách



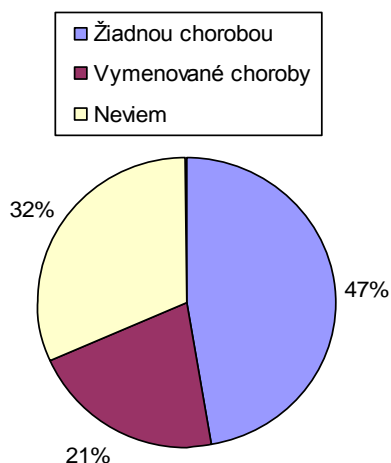
Graf 7 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví u Rómov žijúcich v obciach so zmiešaným obyvateľstvom



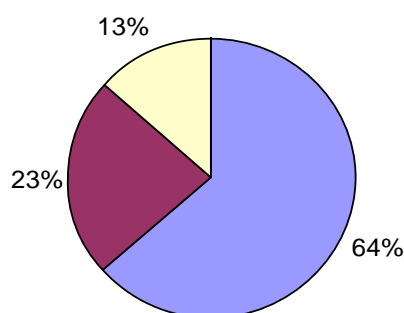
Graf 8 Percentuálne vyjadrenie informovanosti o svojom zdraví u Rómov žijúcich v rómskych osadách

Celkovo 47% respondentov tvrdilo, že netrpí žiadnou chorobou (graf č. 9). 21% respondentov vedelo vymenovať chorobu, prípadne choroby, ktorými trpia a 32% respondentov nevedelo vymenovať žiadnu chorobou.

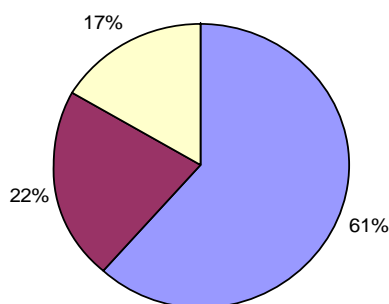
Percentuálne najviac respondentov so znalosťou svojej choroby bolo v najmladšej vekovej skupine (23%), ale je to porovnateľné so zisteniami v ostatných vekových skupinách (graf č. 10, 11 a 12). Najväčšie percento ľudí vzhľadom k veku, ktorí nevedeli pomenovať žiadnu svoju chorobu bolo v najstaršej skupine (64%).



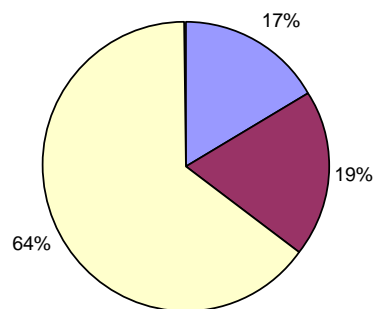
Graf 9 Percentuálne vyjadrenie znalosti svojich aktuálnych chorôb spolu vo všetkých vekových kategóriách



Graf 10 Percentuálne vyjadrenie znalosti svojich aktuálnych chorôb vo vekovej kategórii 15 – 30 rokov



Graf 11 Percentuálne vyjadrenie znalosti svojich aktuálnych chorôb vo vekovej kategórii 30 – 45 rokov



Graf 12 Percentuálne vyjadrenie znalosti svojich aktuálnych chorôb vo vekovej kategórii 45 – 60 rokov

Tabuľka 1 Znalosť aktuálnych chorôb, ktorými trpia podľa typu bydliska

	Mesto		Obec so zmiešaným obyvateľstvom		Rómska osada		SPOLU	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Žiadnou chorobou	82	54 %	76	51 %	54	36 %	212	47 %
Vymenované choroby	46	31 %	41	27 %	9	6 %	96	21 %
Neviem	22	15 %	33	22 %	87	58 %	142	32 %
SPOLU	150	100 %	150	100 %	150	100 %	450	100 %

Z vyhodnotených odpovedí respondentov podľa miesta bydliska vyplýva, že 31% respondentov s trvalým bydliskom v mestách vedelo vymenovať choroby, ktorými trpia, zatiaľ čo v oddelených rómskych osadách to bolo len 6% respondentov. Naopak až 58% respondentov z oddelených rómskych osád nevedelo vymenovať ani jednu chorobu, ktorou trpia zatiaľ čo v mestách nevedelo vymenovať svoje choroby len 15%. Rómsky občania sú najlepšie informovaní o svojich chorobách v mestách a najmenej v oddelených rómskych osadách (Tab. č. 1).

Diskusia

Zo štúdia prostredia rómskej komunity, najmä v rómskych osadách, vyplýva, že v tomto prostredí dochádza k nedodržiavaniu základných zásad osobnej hygieny a súčasne i hygieny prostredia. Nevhodná skladba stravy, zvýšený alkoholizmus, nižšia vzdelanosť vedie k ohrozeniu zdravia predovšetkým najrizikovejších skupín – detí a starých ľudí (Popper, 2009). K týmto dvom skupinám by sme mohli ešte priradiť tehotné ženy, pretože je tu vysoká pôrodnosť v neprímerane mladom veku. Včasná pôrodnosť ohrozuje nielen ich zdravie, ale aj zdravie narodených detí pre neschopnosť a nevedomosť rodičov stráť sa o ne.

Známa a v literatúre často prezentovaná je skutočnosť, že medzi zdravotníckym personálom a Rómami ako pacientmi existuje vo vzťahoch určité napätie. Rómovia sú prezentovaní ako neprispôsobiví, arogantní a často agresívny (Rimárová, 2009). Na druhej strane pribúda a medializuje sa čoraz viac prípadov sťažností na zdravotnícky personál zo strany Rómov za hrubé chovanie a urážky. Z prieskumu zdravotnícki pracovníci charakterizovali svoju skúsenosť s rómskym etnikom pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti ako dobrú. Najčastejšie uvádzanými dôvodmi negatívnej skúsenosti s Rómami boli: netolerancia voči ostatným pacientom, vyžadovanie si prednostné vyšetrenie i napriek neodpovedajúcemu zdravotnému problému, drobné krádeže na oddelení a krádeže erárnej detskej bielizne, šírenie strachu a vyhrážanie sa zdravotníckemu personálu v prípade úmrtia príbuzného i s agresívnym správaním sa a demolovaním zariadenia, používanie rómskeho jazyka „za chrbtom personálu“ a výhražné telefonáty. Výsledky prieskumu ukazujú, že starostlivosť o rómskeho klienta môže byť v niektorých prípadoch problematická (Beharková, N., 2009).

Záver

Je chybou domnievať sa, že problém je len na strane rómskej komunity. Je preto vhodné, aby zdravotnícky personál vedel o špecifikách starostlivosti o rómskeho klienta, z čoho je potrebné vychádzať a čo je možné v praxi uplatňovať. Predovšetkým sa musíme vyhnúť predsudkom a zažitým stereotypom voči rómskemu etniku, vyhnúť sa vnucovaniu vlastných hodnôt. Počítať s tým, že predsudky, ktoré mám ja ako zdravotnícky pracovník môže mať i druhá strana, či už rómsky pacient sám, alebo jeho príbuzní. Pri poskytovaní zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti je vhodné poznať aspoň základné špecifiká, životné hodnoty a ich hierarchiu, spôsob života a kultúru Rómov. Vedomosti o niektorých presvedčeniach a názoroch Rómov o chorobe, zdraví a sociálno-kultúrnych aspektoch sú efektívne na to, aby sa s rómskou komunitou dobre komunikovalo.

Použitá literatúra

- [1] BEHARKOVÁ, N. 2009. Podmienenosť rómskeho etnika k zdraviu a chorobe – úloha transkultúrneho prístupu pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti. In *Životné podmienky a zdravie*. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva SR, 2009, ISBN 978-80-7159-173-3, s. 248-251,
- [2] POPPER, M. - SZEGHY, P. - ŠARKOZY, Š. 2009. *Rómska populácia a zdravie. Analýza situácie na Slovensku*. Madrid : Fundación Secretariado Gitano, 2009, 97 s. ISBN: 978-84-692-5485-1.
- [3] RIMÁROVÁ, K., a kol. : Základné diferencovanie v zdravotných determinantoch medzi rómskou a nerómskou populáciou – výsledky EÚ MEHO projektu – VP 10. In *Životné podmienky a zdravie*. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva SR, 2009, ISBN 978-80-7159-173-3, s. 252-257.
- [4] VAŠEČKA, M. 2002. *Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 2002. 911 s. ISBN 80-88935-41-5

VYUŽITIE AROMATERAPIE NA PÔRODNÝCH SÁLACH V SR

Mária Holášová¹, Adriana Repková²

¹Gynekologicko – pôrodnické oddelenie Nemocnice s poliklinikou v Žiline

²Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v Bratislave

Abstrakt

Východisko: AT ako jedna z foriem alternatívnej medicíny ponúka široké možnosti bezpečného používania počas tehotenstva, pôrodu a po pôrode. Objektom skúmania v našej práci bolo zistiť jej reálne využitie v praxi na pôrodných sálach v SR. **Prieskumu sa zúčastnilo** 123 pôrodných asistentiek, z 13 pracovísk v SR. Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie. Zistili sme, že informovanosť pôrodných asistentiek o aromaterapii súvisí s dosiahnutým vzdelaním; ochota využívať aromaterapiu sa zvyšuje s informovanosťou. Respondentky sú ochotné používať metódu počas pôrodu, bránia im v tom však materiálne a iné nedostatky, ale taktiež nedostatok vedomostí. Iba 15% respondentiek udáva používanie aromaterapie počas pôrodu. Je potrebné zvýšiť špecifickú informovanosť o aromaterapii v pôrodníctve u pôrodných asistentiek aj rodičiek a doriešiť financovanie potrebného materiálu.

Kľúčové slová

Aromaterapia, éterické oleje, aplikačné metódy, bezpečnosť, tehotenstvo, pôrod, informovanosť

USING THE AROMATHERAPY ON DELIVERY ROOMS IN SLOVAKIA

Abstract

Aromatherapy as one of the methods of an alternative medicine offers many possibilities for a safe application during gravidity, delivery and after delivery. The subject matter of this thesis is the level of the midwives' information in the field of aromatherapy. The work presents also the real using of this safe aromatherapy method in praxis – at the maternity hospitals in Slovak republic. The research sample consisted 123 midwives. The inquiry was conducted by means of an anonymous questionnaire which serves us to verify our hypothesis.

Results: Our analysis has confirmed that willingness of midwives to apply aromatherapy at delivery is coherent with the level of their information. Also their willingness to use aromatherapy at delivery increases when their information increases. Our respondents want to apply this method at delivery, but they are very often limited by material, financial and information problems. This is the main reason that only 15% respondents apply this method at delivery. We propose to introduce more specific education and information about aromatherapy into praxis of delivery - to increase the specific education and information of

the midwives and also the information of the parturient. We also propose to solve the financing of a necessary aromatherapy material.

Key words

Aromatherapy, essential oils, application method, safety, gravidity, delivery, information

Úvod

V dobách, keď vedenie pôrodu prináležalo hlavne „ pôrodným babám“, bolo neoddeliteľnou súčasťou používanie bylín pri pôrode. Bylinky sa používali vo forme rôznych nálevov a odvarov alebo ako masti s vonnými látkami prírodného pôvodu. Slúžili k podpore dobrého zdravotného stavu rodičky. Možnosť získavania účinných látok z rastlín sa od tej doby výrazne zdokonalilo. Dnes poznáme užívanie vonných prírodných látok pod názvom **aromaterapia**, ktorá znamená liečenie pomocou vône rôznych rastlín, prípadne ich výťažkov-esencií, éterických olejov (Takácsová, 2009). V súčasnosti sa objavuje pri vedení pôrodu snaha o návrat k prirodzeným metódam, ktoré by bolo možné použiť na zmiernenie prežívania pôrodnej bolesti. Jednou z uvedených metód je aj aromaterapia. Je založená na používaní éterických olejov (EO), ktoré sú obsiahnuté v rôznych častiach rastlín. Dobré sa rozpúšťajú v rastlinných olejoch, v mede, v liehu, mlieku, smotane, morskej soli. Tieto látky, pomocou ktorých sa EO aplikujú, nazývame nosiče (Zrubecká,2008).

Aromaterapia sa počas pôrodu využíva hlavne na dosiahnutie relaxácie, zvýšenie energie a obnovenie rovnováhy mysle, tela a duše. Je skvelou a bezpečnou terapiou pri strese a nervovom vyčerpaní vďaka pozitívnym účinkom na celý nervový systém (Chvojková, 2006). Z pôrodnického hľadiska je nutná neškodnosť pre matku a dieťa a využívanie metódy, ktorá neovplyvňuje vedomie rodičky a spoluprácu pri pôrode, a tiež nevyplýva negatívne na laktáciu a priebeh šestonedelia (Hrabčáková,2010).

Východiská riešenej problematiky

Hoci je AT často uvádzaná ako možná forma alternatívne vedeného pôrodu vo viacerých pôrodniciach, jej skutočné využitie v praxi je minimálne.

Úlohy výskumu

- zistiť mieru informovanosti pôrodných asistentiek (PA) o aromaterapii
- zmapovať, do akej miery sa AT skutočne využíva
- overiť, existenciu vzťahu medzi výškou vzdelania, dĺžkou praxe a používaním aromaterapie na pôrodných sálach
- overiť vzťah medzi mierou informovanosti a ochotou uplatňovať AT počas pôrodu
- identifikovať prekážky brániace častejšiemu využívaniu EO v pôrodníctve
- zmapovať záujem pôrodných asistentiek o ďalšie vzdelávanie v oblasti aromaterapie

Súbor a metódy:

Prieskumu sa zúčastnilo 123 pôrodných asistentiek (PA) pracujúcich na pôrodných sálach 13 nemocníc (z toho: 3 nemocnice - akciové spoločnosti, 4 nemocnice patriace pod VÚC a 6 fakultných nemocníc), v rôznych častiach Slovenskej republiky. Výber prebiehal náhodne avšak so zámerom zmapovať celé Slovensko - východ, stred i západ.

Pre spracovanie problémov výskumu sme použili metódu teoretickej analýzy a syntézy; z empirických metód dotazník, ktorý bol anonymný a dobrovoľný. Návratnosť dotazníkových formulárov bola 89,13%. Vzhľadom na limitovanú respondentskú vzorku sme na vyhodnotenie použili jednoduché štatistické metódy.

Charakteristika súboru:

Výskumu sa, po revízii dotazníkov, zúčastnilo 123 pôrodných asistentiek vybraných zámerným výberom. Respondentky museli splniť nasledovné podmienky: boli odborne spôsobilé pôrodné asistentky; v čase realizácie prieskumu pracovali na pôrodnej sále; boli schopné samostatne vyplniť dotazník.

Tab. 1 Vzdelanie súboru

Kategoríe odpovedí	Vysokoškolské		Vyššie odborné š.		Špecializačné štúdium		Špecializačné štúdium + VOŠ		Stredoškolské	
	n	%	n	%	n	%	n	%	%	
Početnosť odpovedí		29		18		37		7		9

Tab. 1 ukazuje, že 37% pôrodných asistentiek absolvovalo pomaturitné špecializačné štúdium (PŠŠ), pričom tam môžeme radiť aj 7 % respondentiek, ktoré majú súčasne absolvované PŠŠ i vyššie odborné vzdelanie (VOŠ). Druhé najčastejšie absolvované štúdium je vysokoškolské (VŠ) – 29%, nasleduje VOŠ – 18%, 9% respondentiek absolvovalo SZŠ a najmenej zastúpená je skupina pôrodných asistentiek s PŠŠ i VOŠ súčasne.

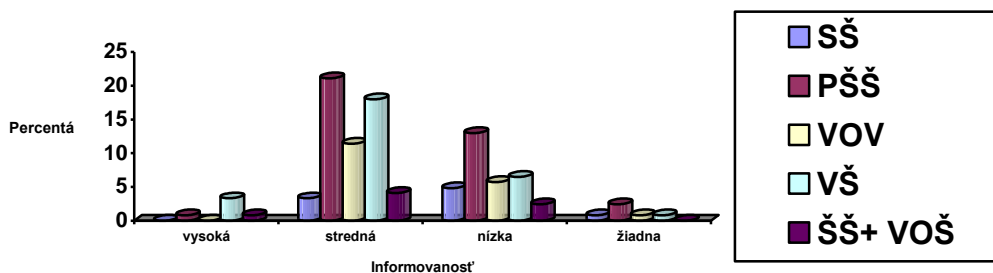
Tab. 2 Dĺžka odbornej praxe

Kategoríe odpovedí	Menej ako 10 r.		Od 10 – 20 r.		Od 21-30 r.		Viac ako 30 r.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Početnosť odpovedí		18		38		24		20

Z tabuľky 2 vidíme, že najpočetnejšie je zastúpená zložka n vo veku 10 až 20 rokov – 38%. Skupina 21 až 30 rokov je zastúpená v 24%. Percento mladých PA s praxou do 10 rokov a starších PA s praxou viac ako 30 rokov je približne rovnaké- 18% a 20%.

Výsledky

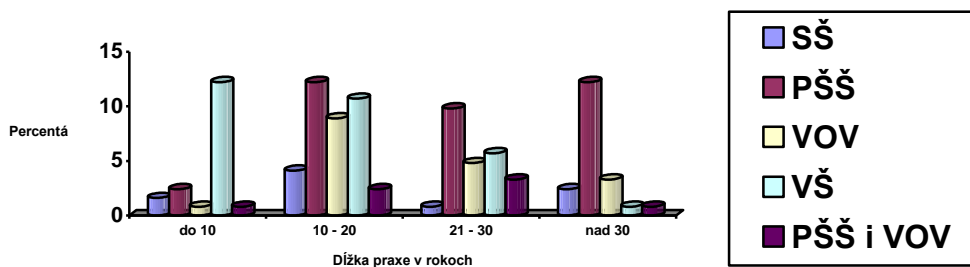
V H1 sme predpokladali, že informovanosť PA o AT je závislá od vzdelania.



Graf 1 Závislosť informovanosti od vzdelania

Graf 1 ukazuje, že vysokú informovanosť o aromaterapii uvádza iba 6 respondentiek (čo je 5%) - z toho štyri sú s vysokoškolským vzdelaním. Strednú informovanosť uviedlo najviac respondentiek – 71 (čo je 58%) . Ich vzdelanie bolo nasledovné – najviac respondentiek malo ukončené ŠŠ – 26 (čo je 21%); 22 bolo vysokoškolsky vzdelaných – to je 18 %, VOŠ uviedlo 14 opýtaných – čiže 11%. Nízku informovanosť už uvádza iba 8 vysokoškolsky vzdelaných (6,5%), ale 16 asistentiek s ŠŠ – čo je 13%. Len 6 respondentiek (čo je 5%) uviedlo, že nemajú žiadne informácie o aromaterapii. Informovanosť a motivácia závisí od podmienok vzdelávania a uplatnenia sa. (Musilová,E., Musilová, M, 2008)

Domnievame sa, že nízka informovanosť udávaná u PA so špecializačným štúdiom je spôsobená tým, že toto vzdelanie absolvovali v dobe, kedy sa o žiadnych nefarmakologických metódach tlmenie pôrodnej bolesti v pôrodnictve nehovorilo alebo veľmi málo. Z celkového počtu respondentiek má totiž 44% viac ako 20-ročnú prax. V skupine nad 30 rokov je iba jedna respondentka s vysokoškolským vzdelaním. Výsledky sú uvedené v grafe 2.

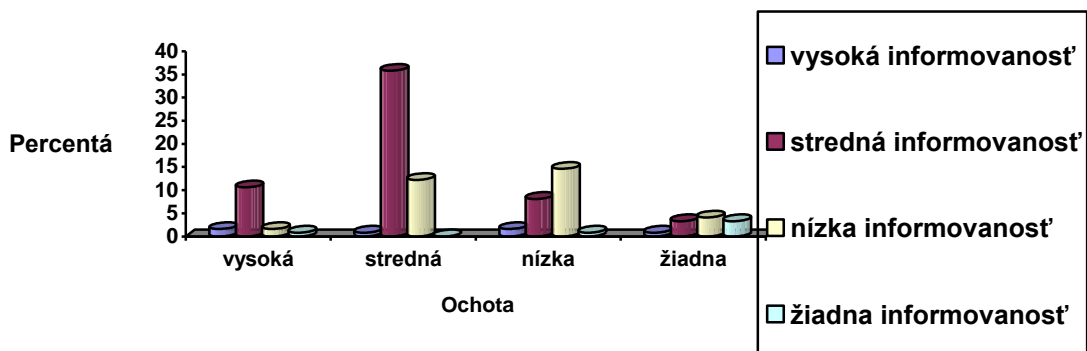


Graf 2 Závislosť dĺžky praxe a vzdelania

H1 sa potvrdila, informovanosť o aromaterapii je závislá od vzdelania - čím je vyššie dosiahnuté vzdelanie, tým je vyššia aj miera informovanosti o AT.

V H2 sme predpokladali, že ak sú PA informované o AT, tak sú ochotné používať aromaterapeutické metódy počas pôrodu.

V nasledujúcom grafickom znázornení č. 3 môžeme sledovať výskyt odpovedí o informovanosti a ochote respondentiek používať aromaterapiu počas porodu.

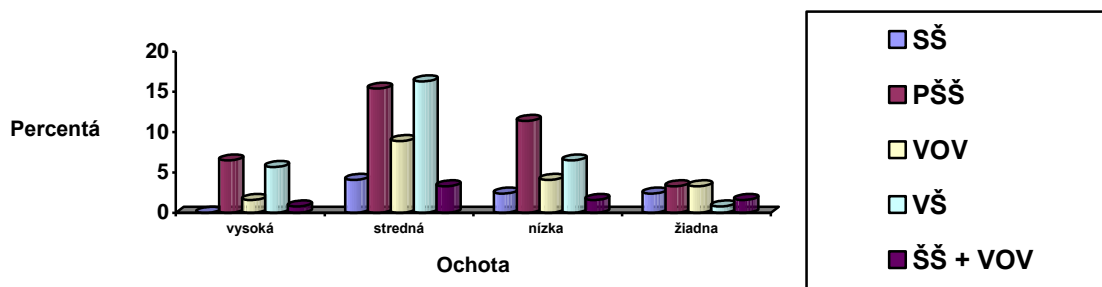


Graf 3 Závislosť ochoty od informovanosti

Z grafu 3 vyplýva, že maximum odpovedí sa sústredilo na strednú ochotu a strednú informovanosť. Nasleduje nízka informovanosť spolu s nízkou ochotou uplatňovať vedomosti o aromaterapii v praxi. Ak sledujeme počet ochotných PA na používanie AT počas pôrodu, tak nám neunikne, že vysoko a stredne ochotných je 78 respondentiek, čo je viac než polovica sledovaného súboru.

H2 sa potvrdila, s rastúcou informovanosťou narastá aj ochota PA využívať získané vedomosti o AT v praxi.

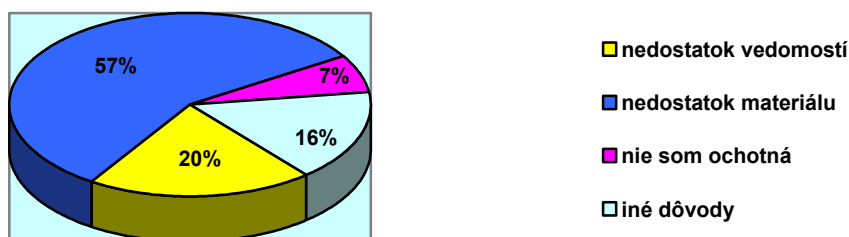
V H3 sme predpokladali, že ochota používať AT súvisí s výškou dosiahnutého vzdelania. Závislosť jednotlivých odpovedí sme zaznamenali do grafu č. 4



Graf 4 Závislosť ochoty od vzdelania

Môžeme konštatovať, že maximum ochotných respondentiek (vysoko a stredne) má vyššie vzdelanie ako v skupine nízko a stredne ochotných, preto môžeme konštatovať, že aj **H3** sa potvrdila. Aj tu sa nachádza početná skupina respondentiek so ŠŠ, ktoré uvádzajú nízku ochotu používať AT. Naše vysvetlenie je uvedené v hypotéze č. 1.

V H4 sme predpokladali, že ak PA nepoužívajú AT, tak pre materiálne resp. priestorové podmienky (nedostatky).



Graf 5 Prekážky používania AT

Podľa údajov z grafu č. 5 môžeme vidieť, že H4 sa potvrdila čiastočne – viac než polovica – 57% respondentiek síce udáva, že aromaterapiu nepoužívajú kvôli nedostatku materiálu potrebného na využitie tejto alternatívnej metódy, ale pomerne vysoké percento respondentiek udáva i nedostatok vedomostí - 20% a 16 % udáva iné dôvody.

Východisková hypotéza, že využívanie AT pôrodnými asistentkami v praxi nie je závislé od miery informovanosti sa potvrdila čiastočne, pretože okrem materiálnych prekážok praktického využitia tejto metódy počas pôrodu je často udávaný aj nedostatok vedomostí, ktorý však podľa čiastkových hypotéz číslo 1, 2 a 3 klesá s rastúcou výškou vzdelania a informovanosti o aromaterapii.

Diskusia

Tehotenstvo a pôrod sú nezabudnuteľné a jedinečné zážitky, ktoré môžu ženu ovplyvňovať po celý život. AT, ako metóda, ktorá je pre rodičku nezaťažujúca a relatívne vysoko bezpečná, má okrem fyzických účinkov aj nezanedbateľný psychologický efekt. Zaujímalo nás preto, či pôrodná asistancia využíva túto metódu a od čoho je závislé jej využitie v praxi. V tomto kontexte sme formulovali aj otázky výskumu. Po analýze jednotlivých položiek a verifikácii hypotéz konštatujeme nasledovné:

Skúmaný súbor PA vykazoval dobré vedomosti o aromaterapii, aplikačných technikách a kontraindikáciách vo všeobecnej rovine. Na základe analýzy odpovedí respondentiek môžeme tiež konštatovať, že vedomosti o konkrétnych technikách využiteľných v pôrodníctve, boli nižšie. PA poznajú hlavne nasledujúce spôsoby aplikácie: masáž, inhalácia a použitie aromalampy. V malom množstve uvádzajú výborne použiteľné techniky - obklad a kúpeľ (samozrejme tam, kde sa nachádza vaňa na pôrodnej sále). Vo zvýšenej miere – ako vhodnú použitia na PS – udávajú okrem aromalampy aj vonné sviece a dokonca vonné tyčinky. Autori práce však ich použitie neodporúčajú, vzhľadom na pochybný pôvod, nezaručenú 100% kvalitu, prítomnosť ohňa a dymu na PS. I krátkodobá hypoxia matky môže sa u dieťaťa prejaviť ľahkou mozgovou dysfunkciou (Žiaková, 2010)

Súčasnú spoločenskú prostredie, požiadavky tehotných žien, individualizovaný prístup si vyžiadali zmenu v prístupe k tehotným ženám a ich rodine v prenatálnych kurzoch. Cieľom programov prenatálnych kurzov je využitie nefarmakologických techník na redukciiu pôrodných bolestí a na zvládanie stresu a znižovanie úzkosti (Kopáčiková, 2010). Je žiaduce vhodné informovať aj tehotné na kurzoch predpôrodnej prípravy o ich možnostiach využitia aromaterapie. Súčasťou kompetencii zdravotníckych pracovníkov je aj terapeutická komunikácia (Musilová, E., 2002).

Vedomosti o praktickom použití počas pôrodu už boli nižšie. PA väčšinou udávali, že sú o aromaterapii informované stredne. Z výskumu vyplynulo, že výška vedomosti o tejto metóde úzko súvisí s dosiahnutým vzdelaním - čím je vzdelanie vyššie, tým vyššie sú aj vykazované vedomosti. S dĺžkou praxe nesúvisia, pretože ide o metódu, ktorá je pomerne nová. Pôrodné asistentky čerpajú vedomosti hlavne z médií a počas štúdia. Minimálne z konferencií a organizovaných školení, v čom vidíme veľké nedostatky. Je ale potešujúce, že tri štvrtiny respondentiek udávajú záujem o zvýšenie svojej informovanosti z oblasti AT a jej využitií v praxi.

S výškou vedomostí o aromaterapii súvisí aj ochota používať AT techniky v praxi. Podľa nášho názoru by bola ochota používať AT vyššia, keby pôrodné asistentky mali vlastnú skúsenosť s účinkom éterických olejov. Tú uvádza iba 39% respondentiek a 61% osobnú skúsenosť s AT nemá. Je možné, že od tejto skutočnosti sa odvíja aj čiastočná - 38% - nedôvera pôrodných asistentiek v účinnosť aromaterapie. Preto kladne vyzdvihujeme, že ochota používať AT súvisí aj s výškou vzdelania - aj keď PA nemajú osobnú skúsenosť s touto metódou, na základe teoretických vedomostí sú ochotné používať ju v praxi.

Využitie AT v praxi je nedostačujúce – iba 15% respondentiek udáva používanie tejto metódy a aj to bola najčastejšie uvádzaná aplikačná metóda „aromalapa“, čo je v drvivej väčšine pôrodníc nevhodné, vzhľadom na použitie otvoreného ohňa.

Myslíme si, ak sa vytvorí materiálne zabezpečenie – napr. sponzorské alebo reklamné poskytnutie éterických olejov od výrobcov, resp. predajcov ; je možné aromaterapiu využívať aj v súčasnosti. Možnosti vidíme v použití kúpeľov, inhalácii, obkladov a AT masáže počas I. DP; obkladov na bruško, inhalácii z papierovej vreckovky v II. a III. dobe pôrodnej. V predpôrodnej príprave je možná masáž hrádze (informáciu podať počas kurzu PFP) a po pôrode je AT vhodná na ošetrovanie rán, počas laktácie a na celkové povzbudenie organizmu. Preto je potrebné doriešiť financovanie a poskytovanie aromaterapie.

Záver

Efektívnym manažmentom pôrodu, a rešpektovaním nielen rodičky, ale aj očakávaného novorodenca, ako svojprávneho jednotlivca, ktorý má svoje potreby a spôsoby signalizácie diskomfortu, možno prispieť k odtabuizovaniu pôrodu ako náročnej, bolestivej a stresujúcej udalosti pre zúčastnených a podporiť individuálny, vysoko erudovaný a zároveň empatický prístup k tak významnej životnej udalosti, akú pôrod predstavuje (Padyšáková, 2009).

Na základe výskumu môžeme stručne konštatovať, že je potrebné zvyšovať informovanosť pôrodných asistentiek o AT predovšetkým na organizovaných školeniach a seminároch; na kurzoch PFP zvyšovať informovanosť tehotných žien o aromaterapii a zlepšiť dostupnosť pomôcok pre AT zo sponzorských zdrojov.

Odporúčania pre prax

Na základe spracovania teoretických východísk a realizovaného výskumu si dovoľujeme formulovať nasledovné odporúčania na zvýšenie používania AT počas pôrodu:

- zvyšovať informovanosť pôrodných asistentiek, ale aj rodičiek o možnostiach využitia AT počas tehotnosti a pôrodu
- zlepšiť dostupnosť AT literatúry, resp. vypracovať letáky, kde bude prehľadne spracované praktické použitie AT počas pôrodu
- v spolupráci so SK SaPA na konferencie pôrodných asistentiek pozývať odborníkov z oblasti aromaterapie, resp. pôrodné asistentky využívajúce túto metódu v praxi
- osloviť firmy zaoberajúce sa výrobou a distribúciou EO, aby zväžili spoluprácu s pôrodnicami
- využívať efekt pozitívneho príkladu a osobne používať aromaterapiu.

Použitá literatúra

- [1] HRABČÁKOVÁ, J. 2010. *Manažment fyzickej prípravy v kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod: rigorózna práca*. Bratislava: SZU. 2010. 105 s.
- [2] CHVOJKOVÁ, V. 2006. Provoňte porodnice. In *Porodní asistence*. ISSN 1801-5808, 2006, roč. 2, č.2, s. 18 -19.
- [3] KOPÁČIKOVÁ, M. 2009. Informovanosť tehotných žien v prenatalnej starostlivosti. In: *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336 – 56062, 2009, s. 50 -52.
- [4] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. Edukácia v psychofyzickej príprave tehotných žien na pôrod. In *Zborník z XI. Vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou Výchova a vzdelávanie v ošetrovateľstve zamerané na rozširujúcu rolu sestry sestry – edukátorka, Vária*. Skalica: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovisko Skalica, 2010, ISBN 978-80-89271-81-8, EAN 9788089271818, s. 116 – 126.
- [5] MUSILOVÁ, E., MUSILOVÁ, M. 2008. Motivačné činitele profesionálneho vývinu vybraných zdravotníckych povolání In *Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie „Sestry a Európske stratégie zdravia v 21. storočí“*. Bratislava: SZU, 2008. ISBN 978-80-89352-09-8, s. 43-52.
- [6] MUSILOVÁ, E. 2002. Účinná komunikácia v profesionálnej činnosti zdravotníckych pracovníkov In *Slovenský zdravotník*. ISSN 1335-4388, 2002, roč. 12, č. 1, s. 11-12.
- [7] PADYŠÁKOVÁ, H. 2009. Pôrod z pohľadu novorodenca. In: *Zborník z medzinárodnej konferencie „Pohľedy na porod“*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. ISBN 978-80-7318-827-6
- [8] TAKÁCSOVÁ, E. 2009. Bolest' a jej analgézia v pôrodníctve: magisterská práca. Bratislava: SZU. 2009. 112 s.
- [9] ZRUBECKÁ, A. - AŠENBRENEROVÁ I. 2008. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2008. 348 s. ISBN : 978-80-204-1938-5.
- [10] ŽIAKOVA, E. et al. 2010. EEG biofeedback as a new treatment possibility for motor disorders in children. In *Eur J Paediatr Neurol . 8th International Congress on Cerebral Palsy. An open-minded approach to therapeutic options*. Slovinsko: Bled. ISSN 1090-3798, 2010, roč. 14 , s. 552

Adresa autorov

Mgr. Mária Holášová
NsP Žilina
Gyn.-pôr. oddelenie
V. Spanyola 43
012 07 Žilina

doc. PhDr. Adriana Repková, PhD.
FOaZOŠ SZU
Limbova 14
830 03 Bratislava
e-mail: adriana.repkova@szu.sk

PRIESKUM VEREJNEJ MIENKY O VPLYVE HUDBY NA TEHOTENSTVO, PLOD A PÔROD

Janka Hrabčáková, Klára Uhrinová

Slovenská Zdravotnícka Univerzita v Bratislave, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Abstrakt

Východisko: Charakterizujeme pozitívny vplyv hudby - muzikoterapiu všeobecne a následne sa venujeme vplyvu muzikoterapie na ženy počas tehotnosti, pôrodu a v období po pôrode. Keďže rozsah práce nám nedovoľuje skúmať danú problematiku detailne, podávame iba stručný prehľad danej témy. Pracujeme sociologickou metódou merania postojov. Najnosnejšiu časť tvorí štatistické spracovanie výsledkov, ich uvedenie v grafickej podobe a diskusia k najprekvapivejším výsledkom verejnej mienky. Vzorku tvorilo spolu 120 respondentov, pričom žien bolo 86 a mužov bolo 34. Našou snahou bolo zahrnúť čo najväčšie vekové spektrum a zmapovať všetky kraje Slovenska. Na záver analyzujeme zistenia z jednotlivých postojov. Výsledky z našej analýzy poukazujú na to, že respondenti majú záujem o rozšírené informácie ohľadne danej témy. V závere navrhujeme možné riešenia a podnety pre prax, ako je napríklad tvorba podporných komunitných skupín pre tehotné ženy a rodiny, kde by zdieľali podobné skúsenosti a informácie, o ktoré má verejnosť záujem, tak ako sa v našom prieskume ukázalo.

Kľúčové slová

Hudba, spev, tehotenstvo, pôrod, plod, matka, vplyv, pozitívny vplyv.

Abstract

Background: We characterize the positive impact of music - musicotherapy generally and then we devote the impact of music therapy during pregnancy, childbirth and postpartum period. As the scope of work does not allow us to examine the issue in detail, it has been given only a brief overview of the topic. We are working with sociological methods of measuring attitudes. The most important part is the statistical treatment of results. Putting them into the graphical form and the discussion, was one of the most surprising result of showing the public opinion. Our sample of respondents consisted of 120 people together, while number of women was 86, of men 34. Our aim was to include the widest possible age range, and hit all regions of Slovakia to conclude the problem areas, their expression of interest in the deeper and better information about the topic and suggest possible solutions and suggestions for practice such as creation of community support groups for pregnant women and families, where they shared similar experiences and informations which are close to the public interest, as shown in our survey.

Key words

Music, singing, pregnancy, childbirth, the fetus, mother, impact, positive impact.

Úvod

Hudba a tehotenstvo, hudba a pôrod - na prvé počutie to znie romanticky až poeticky. Rôzni ľudia si však pod danými slovnými spojeniami môžu predstaviť niečo iné. Je veľmi málo odborne dostupnej literatúry venujúcej sa téme muzikoterapie v tehotnosti. Hudobná relaxácia je formou pasívneho receptívneho vnímania hudby. Takáčsová uvádza že, pomocou špeciálnych prostriedkov a postupov sa cieľavedome a systematicky nadväzuje stav psychického a somatického uvoľnenia. Tento stav má vylúčiť negatívne a záťažové vplyvy a doviest' porušenú nervovú a svalovú funkciu opäť k normálnemu výkonu. Veľa inštruktorov psychofyzickej prípravy využíva hudbu k vytvoreniu pokojného relaxačného prostredia. Dokázal sa pozitívny vplyv hudby aj na zmiernenie pôrodných bolestí. Práve preto vznikla myšlienka preskúmať slovenskú verejnú mienku na vplyv hudby a spevu na plod, tehotenstvo a pôrod. Zároveň sme chceli zistiť najväčšie nedostatky v informovanosti slovenskej verejnosti ohľadne danej témy. Spievanie a hudba je niečo, čo patrí k človeku ako takému. Rodíme sa so schopnosťou hudbu tvoriť a vnímať. Je súčasťou ľudskej prirodzenosti, nášho každodenného života. Preto si myslíme, že je dôležité a oprávnené pýtať sa nové otázky týkajúce sa našej témy, ako napríklad: či a do akej miery je plod schopný vnímať hudbu a aký konkrétny vplyv má na neho. Taktiež aký význam pre novorodenca má konkrétne spievané slovo (príp. hlas matky) na rozdiel od reprodukovanej hudby atď. Náš prieskum je len malou čiastkou a jeho výsledky ukazujú na možnosti, ktoré sa v tejto oblasti na Slovensku otvárajú.

Východiská riešenej problematiky

Virágová udáva, že hudba sa svojimi vlastnosťami, rytmom, melódiou a farbou zvuku, podobá ľudskej reči. Mozog dokáže v hudobných tónoch rozširovať melódiu ľudskej reči a tak pôsobí nášmu uchu príjemne. Hudba a spievanie boli odjakživa spájané s tehotnosťou a materstvom. Obrázky tehotných žien, či spievajúcich matiek nad kolískou nie sú zriedkavosťou. Plod je schopný vnímať dotyk približne od 21. týždňa, koža môže byť teda predĺženým nástrojom ucha. Sofia Curtis vo svojej prednáške o muzikoterapii v tehotenstve spomína, že fetus prijíma zvuky a rytmy z matkinho okolia: tok krvi v cievach, zvuky pohybov čriev, matkin hlas, tlkot srdca či dych. Zážitok zvukovej vibrácie a pohyb sú hlavné stimuly pre plod. Hudba môže byť prostriedkom komunikácie s plodom. Existujú dohady, že stimulácia tohto druhu v tehotenstve je veľmi prospešná a jej pozitívny efekt má trvajúci dopad, ktorý navždy ovplyvní život jedinca. Posilnenie komunikačného puta medzi matkou a dieťaťom môže prispieť k emocionálnemu zdraviu oboch a môže mať dokonca vplyv na ďalších zúčastnených - na otca, ďalšie deti, či blízkych príbuzných.

Ciele, ktoré má splňať muzikoterapia sumarizuje do niekoľkých bodov:

- Potešenie z hlbšieho spojenia s nenarodeným dieťaťom
- Znižovanie levelu strachu a úzkosti z pôrodu
- Stimulovanie plodu a schopnosť prenášať pozitívne pocitové zážitky

- Objavenie intrauterinného puta skôr, aby mohlo skôr pôsobiť potešenie
- Pripravenosť ženy na pôrod s rôznymi psycho – muzikálnymi technikami
- Dosiahnutie viac zrelaxovaného pôrodu
- Dosiahnutie sebakontroly bolesti
- Prispievanie k znižovaniu prenatalného stresu a poskytnutie novorodencovi možnosť spojenia cez sluchový systém, so zvukovou atmosférou, ktorá mu je už známa.

Úlohy prieskumu:

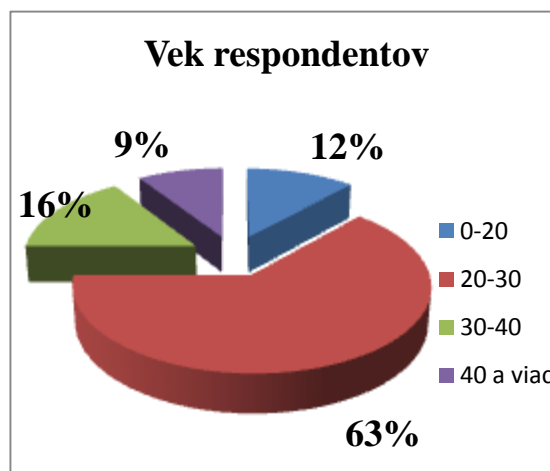
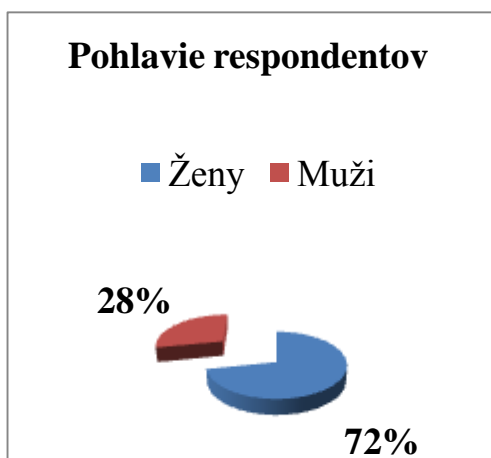
- získať prehľad o tom, ako sa verejnosť stavia k otázkam vplyvu hudby a spevu na tehotenstvo a pôrod
- štatisticky spracovať najzaujímavejšie zistenia, z ktorých vychádzajú podnety pre prax.

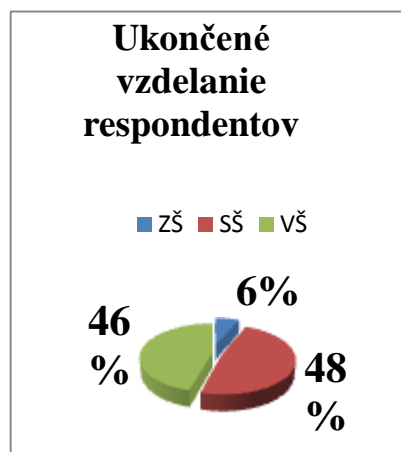
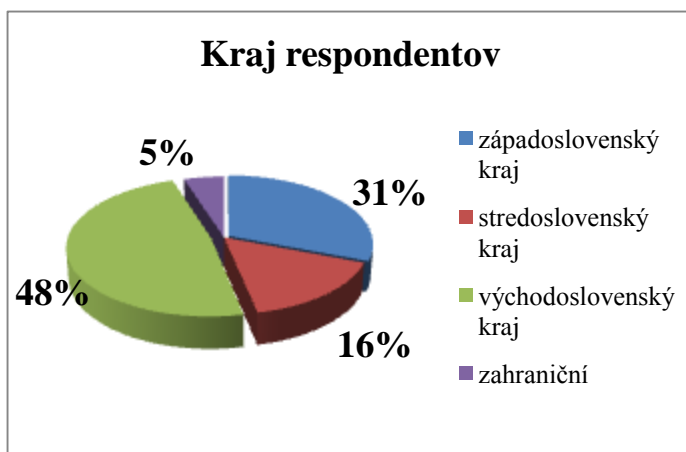
Metodika prieskumu:

Na vhodnú realizáciu nášho cieľa sme pre praktickú časť zvolili sociologickú metódu skúmania postojov a to vo forme dotazníkov, ktorých výsledky štatisticky spracovávame a uvádzame vo forme grafov vytvorených v Microsoft Excel. Dotazník obsahuje 9 otázok, z toho muži odpovedajú len na 7 otázok. Respondenti si vyberajú jednu z piatich možností postoja k danému výroku. Následne vedieme diskusiu o najprekvapivejších výsledkoch prieskumu a praktických dôsledkoch za pomoci analytickej a syntetickej metódy. Zároveň dávame podnety pre prax a podávame niekoľko návrhov na zlepšenie danej situácie.

Charakteristika súboru:

Našu vzorku respondentov tvorí spolu 120 ľudí, pričom 86 tvoria ženy a 34 muži. Našou snahou bolo zahrnúť čo najväčšie vekové spektrum ako aj zasiahnuť všetky kraje Slovenska, ako to ukazujú nasledovné grafy.





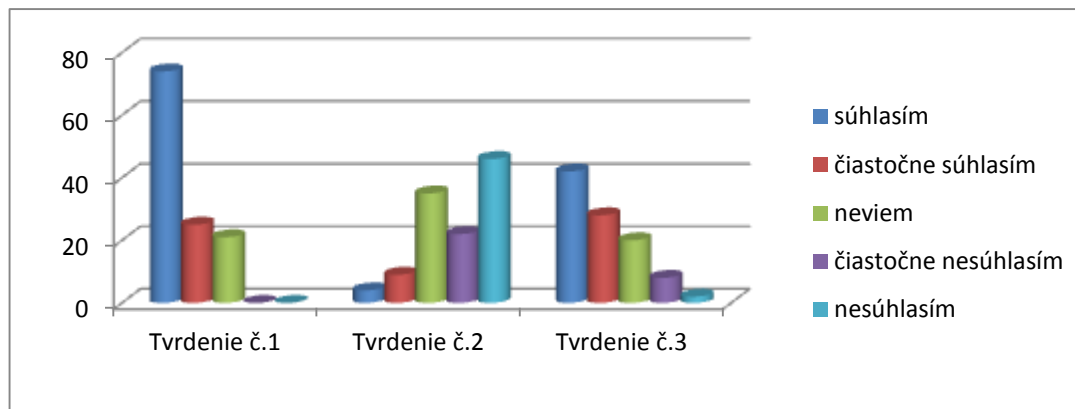
Výsledky prieskumu

H1: Predpokladáme, že väčšia vzorka respondentov považuje hudbu a spev počas tehotnosti za pozitívne vplyvnú.

Tvrdenie č. 1: Hudba a spievanie má na prežívanie tehotenstva pozitívny vplyv.

Tvrdenie č. 2: Hudba a spev nehrá žiadnu rolu v prežívaní pôrodu.

Tvrdenie č. 3: Spievanie matky v tehotenstve pozitívne ovplyvňuje plod.



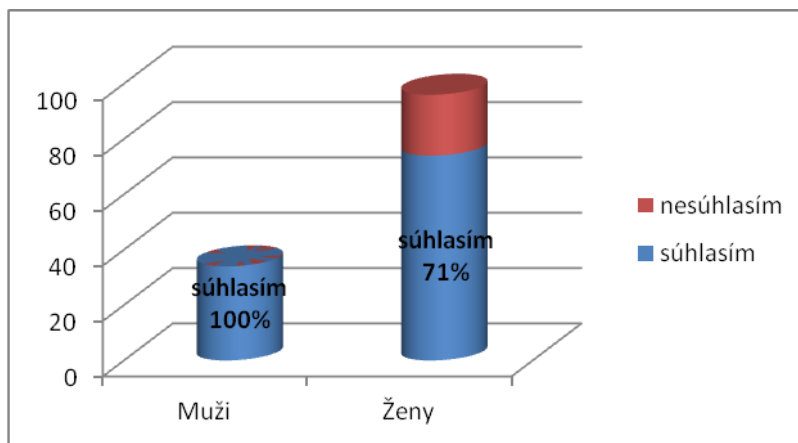
Ako sledujeme, najvyššiu frekvenciu odpovede získala otázka jedna, ku ktorej sa 72 respondentov vyjadrilo, že s ňou súhlasia.

Naša prvá hypotéza sa potvrdila v tvrdení číslo jedna, kde sa pozitívne k vplyvu hudby vyjadruje 74 respondentov, čiže 62% respondentov.

H2: Predpokladáme, že mužská zložka respondentov má negatívnejší postoj k vplyvu hudby a spevu na tehotenstvo, plod a pôrod.

Druhá hypotéza sa nám nepotvrdila, pretože postoje mužov sa len veľmi málo - percentuálne irelevantne odlišujú od postojov žien. Výnimkou je tvrdenie č. 4 a 5, ktoré sa týkajú potreby hlbších a viac informácií o vplyve hudby a spevu na tehotenstvo pôrod a plod.

Potreba informácií



Ako ukazuje daný graf, mužská časť respondentov prekvapivo jednohlasne 100% tvrdí, že potrebujú viac informácií k danej téme, pričom u žien sa za jednoznačnú potrebu hlbších informácií hlási iba 71%. Spolu muži aj ženy však z celého prieskumu sa v najväčšom počte zhodli práve v tomto tvrdení. Znamená to teda, že pociťujú nedostatočnú úroveň informovanosti a chceli by vedieť viac. Zároveň sa nám teda v najväčšej miere potvrdila ďalšia hypotéza:

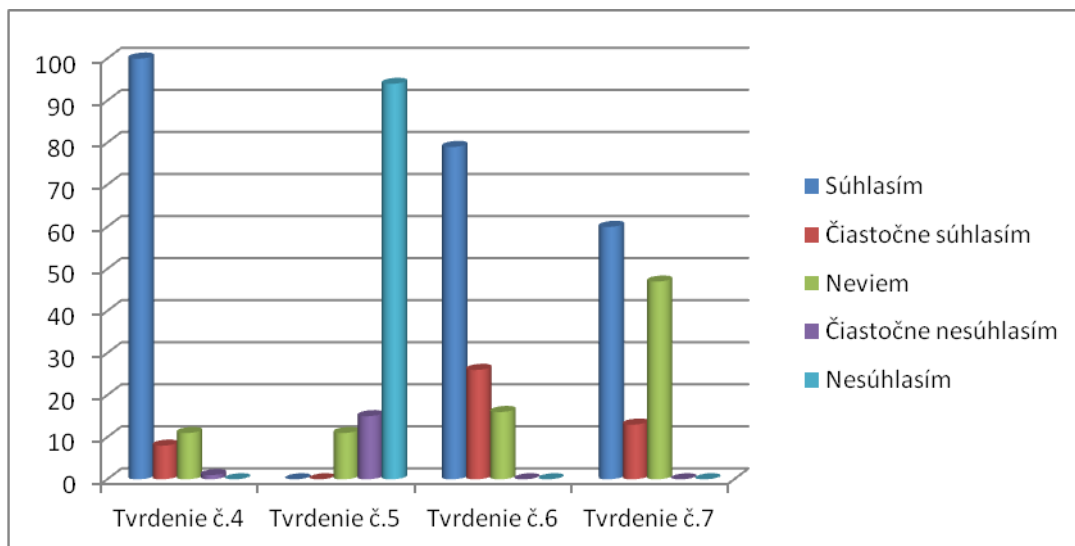
H3: Predpokladáme, že verejnosť má záujem o hlbšie informácie o tom ako a či hudba vplýva na tehotenstvo, plod a pôrod

Tvrdenie č. 4: Bolo by dobré, aby verejnosť mala viac informácií o tom, ako a či hudba vplýva na tehotenstvo, plod a pôrod.

Tvrdenie č. 5: Je zbytočné verejnosť zaplavovať informáciami typu - vplyv hudby na tehotenstvo, plod a pôrod.

Tvrdenie č. 6: Spievanie a hudba počas tehotenstva, ktoré pretrvá aj v ďalších mesiacoch po narodení dieťaťa má na neho ukludňujúci vplyv.

Tvrdenie č. 7: Existuje hudba, ktorá negatívne vplýva počas tehotenstva na plod.



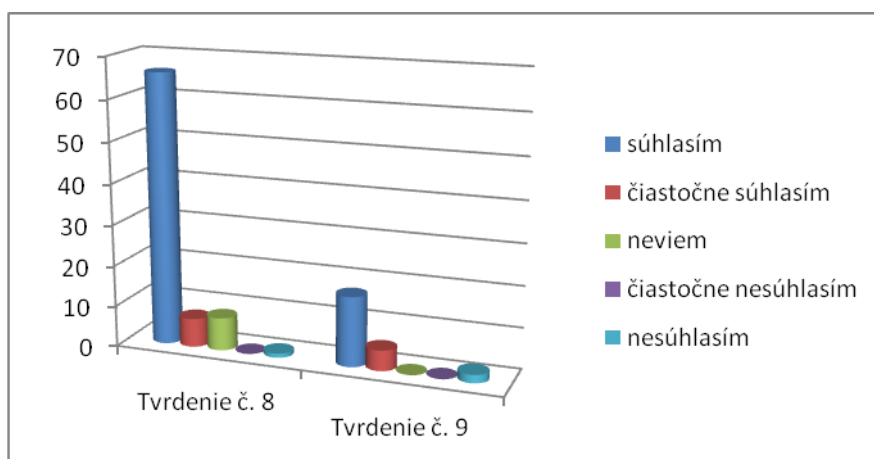
Z uvedeného grafu je evidentné, že k tvrdeniam č. 4 a č.5, ktoré sú vlastne prevráteným tvrdením týkajúcim sa tej istej veci, sa vyjadril najväčší počet respondentov a to 100 a 94.

H4: Predpokladáme, že ženy, ktoré sa venovali spevu a hudbe počas tehotenstva, to považovali za pozitívny prínos v tehotenstve a počas pôrodu.

K tvrdeniam č.8 a 9 sa vyjadrovali len ženy.

Tvrdenie č. 8: Ak budem tehotná budem sa v tehotenstve venovať hudbe alebo spievať.

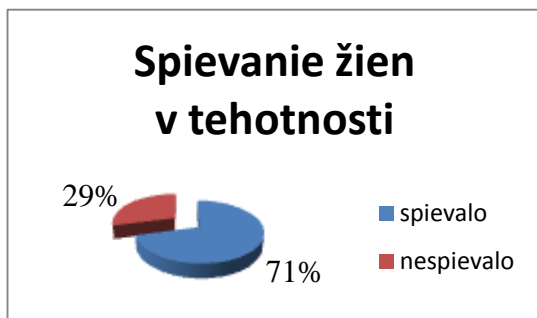
Tvrdenie č. 9: Mojim deťom som v tehotenstve spievala.



Z posledných dvoch tvrdení dotazníka, je tvrdenie č.8 a vystupuje do popredia oproti ostatným tvrdeniam.

Daná hypotéza sa nám vo veľkej miere potvrdila. Zo skupiny našich respondentov, ktoré tvorili ženy, ktoré už boli niekedy tehotné, sa 71% vyjadrilo, že v tehotnosti spievalo. (tvrdenie č.9) Toto zistenie považujeme za vcelku pozitívne a prekvapivé. Ženy, ktoré spievali, všetky potvrdili, že hudba mala pozitívny vplyv na ich tehotenstvo.(tvrdenie č 1).

Z daného môžeme predpokladať, že časť žien spievala v tehotnosti preto, že dopredu verili, že to bude mať pozitívny vplyv na tehotenstvo, čo sa im aj potvrdilo, ako ukazuje výsledok nášho prieskumu.



Zároveň pokladáme za potrebné tiež uviesť, že zo žien, ktoré spievali v tehotnosti – to znamená 71% všetkých tehotných, sa 65% vyjadrilo, že hudba a spev má vplyv aj na prežívanie pôrodu. Predpokladáme, že dôvodom na ich odpoveď je z časti pozitívny vplyv hudby a spevu na celkovú psychiku rodičky a jej naladenie, ale taktiež nemalú rolu zohrávajú dychové cvičenia, ktoré sú pre spievanie prospešné a ktoré počas pôrodných fáz rodičke jednoznačne pomáhajú efektívnejšie dýchať a tým zlepšujú priebeh pôrodu.

Diskusia

Hudba je interaktívnym neurotransmitterom, ktorý pôsobí priamo na bunkový a žľazový systém a zanecháva pamäťovú stopu, odtlačok. Týmto spôsobom sa zážitky, ktoré dieťa prežilo počas intrauterinného vývinu, vryjú do jeho tela a mysle a dokážu mu pripomenúť pozitívne pocity, ktoré prežívalo v matke. Prieskum jednoznačne dáva do popredia názor, že hudba má pozitívny vplyv na tehotnú ženu v prenatalnom období, v čase pôrodu a období starostlivosti o dieťa. Túto skutočnosť vyjadrujú aj odpovede respondentov na otázku č.1. Pozitívne sa k vplyvu hudby vyjadruje 74 respondentov, čiže 62% respondentov. Mužská časť respondentov prekvapivo jednohlasne 100% tvrdí, že potrebujú viac informácií k danej téme, pričom u žien sa za jednoznačnú potrebu hlbších informácií hlási iba 71%. Spolu muži aj ženy však z celého prieskumu sa v najväčšom počte zhodli práve v tomto tvrdení. Znamená to teda, že pociťujú nedostatočnú úroveň informovanosti a chceli by vedieť viac. Zo skupiny našich respondentov, ktorú tvorili ženy, ktoré už boli niekedy tehotné, sa 71% vyjadrilo, že v tehotnosti spievalo. (tvrdenie č.9) Toto zistenie považujeme za vcelku pozitívne a prekvapivé. Všetky ženy ktoré spievali, potvrdili, že hudba mala pozitívny vplyv na ich tehotenstvo.(tvrdenie č 1). Z daného môžeme predpokladať, že časť žien spievala v tehotnosti preto, že dopredu verili, že to bude mať pozitívny vplyv na tehotenstvo, čo sa im aj potvrdilo, ako ukazuje výsledok nášho prieskumu.

Odporúčania pre prax:

Na základe vyhodnotenia výsledkov nášho prieskumu, prichádzame k niekoľkým podnetom pre prax. Keďže najviac respondentov sa zhodlo vo vyjadrení, že by chceli viac informácií ohľadne skúmanej témy, navrhujeme:

- Venovať pozornosť tvorbe edukačných materiálov, ktoré by boli výstižné, atraktívne a podávali by základné informácie o využívaní a vplyve hudby a spevu na tehotenstvo plod a pôrod.
- Zlepšiť dostupnosť literatúry, ktorá sa venuje spievaniu a správne dýchaniu pri speve v období tehotnosti
- Podporovať pozitívny postoj tehotných žien k príprave na pôrod v rámci psychofyzickej prípravy na pôrod
- Orientovať postoj a pozornosť pôrodnej asistentky v danej oblasti na dychové cvičenia v oblasti bránice na kurzoch PFP na pôrod.
- Odporúčať tehotným ženám spievať, aj keď si myslia, že spievať nevedia
- Posunúť do popredia informácie ohľadne pozitívneho vplyvu spevu na dýchanie počas tehotnosti a pôrodu

Záver

Skúsenosti muzikoterapeutky a pôrodnej asistentky, pôsobiacej na kanadskej Univerzite Wilfrid Laurier, Caryl Ann Browning, ktorá má niekoľkoročnú prax v muzikoterapii pred a počas pôrodu hovoria, že nie všetky matky, ktoré si zvolia tento spôsob terapie sú hudobníčky, ale všetky majú spoločnú lásku k hudbe a presvedčenie, že to bude benefitom pre ne a aj pre ich deti. Nemecký lekár Dr. Ralph Spintg vo svojom výskume o hudbe v medicíne, dokázal, že hudba, ktorú si vyberie poslucháč, môže redukovať sekréciu stresových hormónov a zvyšuje produkciu dôležitých látok pre imunologický systém. Repková odporúča muzikoterapiu ako jednu z možností tlmenia pôrodnej bolesti nacvičovať už v kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod (2006, 2008).

Počas pôrodu je muzikoterapia využívaná matkami ako stratégia na sústredenie sa na relaxáciu, ako prostriedok sebakontroly, a odvedenia pozornosti od pôrodnej bolesti. Známa hudba, vybraná matkou má tendencie normalizovať prostredie. Je to nemedicínska, neinvazívna metóda, ktorá sa ukázala ako veľmi efektívna v zvyšovaní zážitku zrodu pre matky, novorodencov a ich rodiny. Postnatálne matky nachádzajú všeobecne hudbu ako veľmi potešujúcu a využívajú ju na upokojenie novorodencov popri dojčení alebo pri uspávaní.

Preto spievajte počas tehotnosti, ale aj svojim deťom.

Použitá literatúra:

- [1] BROWNING, C. A. Music Therapy- Assisted Childbirth:Research in Practise. in Dialogue and Debate - Conference Proceedings Music Therapy in the 21st Century.
- [2] CURTIS, S. The Clinical Use of the Song with Music Therapy in Pregnancy. in Dialogue and Debate - Conference Proceedings Music Therapy in the 21st Century.
- [3] FEDERICO, G. F. Fetal Responses to a Musical Stimulation.Music Therapy and Pregnancy in Dialogue and Debate - Conference Proceedings Music Therapy in the 21st Century.

- [4] REPKOVÁ, A. 2008. Psychofyzická príprava na pôrod. Bratislava : SZU, 2008. 105 s. ISBN 978-80-89352-21-0.
- [5] REPKOVÁ, A. 2006. Filozofia zmeny kvality starostlivosti ženu v pôrodnej asistencii. Doktorandská práca. Trnava: TU, 2006.
- [6] SHMUEL, A. a kol. Live Music is Beneficial to Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit Environment in BIRTH, June 2006.
- [7] STANDLEY, J. M. The Role of Music in Pacification/Stimulation of Premature Infants with Low Birthweights in Music Therapy Perspectives 1991, Vol.9
- [8] TAKÁCSOVÁ, E. 2009. Bolest' a jej analgézia v pôrodnictve. Bratislava: SZU. Magisterská práca. 2009.
- [9] VAŇO, KIRÁLOVÁ, Rehabilitácia a paliatívna medicína in Rehabilitace a fyzikální lékařství. č.3, 2006
- [10] VIRÁGOVÁ, S. Muzikoterapia v neonatológii in Neonatologické zvesti,11, 2007,č. 2

Adresa autorov

PhDr. Janka Hrabčáková
FOaZOŠ, SZU
Limbova 14, 83303 Bratislava
e-mail: jana.hrabcakova@szu.sk

Klára Uhrínová
FOaZOŠ, SZU
Limbova 14, 83303 Bratislava
e-mail: klara.uhrinova@gmail.com

SOCIÁLNE SLUŽBY URČENÉ OSOBÁM TRPIACIM ALZHEIMEROVOU CHOROBOU A ICH RODINNÝM PRÍSLUŠNÍKOM – LEGISLATÍVNY A ORGANIZAČNÝ RÁMEC

Martina Hrozenská

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, FSVaZ UKF v Nitre

Abstrakt

Príspevok ponúka pohľad na legislatívny a organizačný rámec sociálnych služieb určených pre osoby trpiace Alzheimerovou chorobou a ich rodinných príslušníkov s akcentom na novelu zákona o sociálnych službách vstupujúcu do účinnosti 1.3.2012, ktorá vyzdvihuje práva klienta na život v prirodzenom prostredí s adekvátnymi odbornými službami a taktiež elimináciou výdajov spojených s realizáciou týchto služieb.

Kľúčové slova

Osoba trpiaca Alzheimerovou chorobou. Rodinní príslušníci. Sociálne služby. Starší človek.

SOCIAL SERVICES FOR PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND THEIR FAMILIES – LEGISLATIVE AND ORGANIZATIONAL FRAMEWORK

Abstract

Contribution offers a view of the legislative and organizational framework for social services for people with Alzheimer and their families with emphasis on the law on social services, entering into force 03.01.2012, which highlights the client's right to life in a natural environment with adequate professional services and also eliminating expenses associated with the implementation of these services.

Key words

People with Alzheimer's disease. Family members. Social Services. Older people.

Úvod

1.1.2009 nadobudol účinnosť zákon č.448/2008 o sociálnych službách. Spomínaný zákon rozširuje paletu sociálnych služieb určených občanom v sociálne-kolíznych situáciách. Vybrané druhy služieb, ktorým sa budeme venovať bližšie sú okrem iných určené aj osobám trpiacim Alzheimerovou chorobou a ich rodinným príslušníkom.

V zákone č. 448/2008 o sociálnych službách sa sociálne služby delia podľa formy sociálnej služby, druhu sociálnej služby a rozsahu poskytovania sociálnej služby. Sociálne služby sa poskytujú ambulantom formou, terénnou formou, pobytovou formou alebo inou formou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava.

Ambulantná forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie.

Terénna forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí. Možno ju poskytovať aj prostredníctvom terénnych programov, ktorých cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu fyzickej osoby, rodiny a komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii.

Pobytová forma sociálnej služby v zariadení sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie. Pobytová sociálna služba sa poskytuje ako celoročná sociálna služba alebo týždenná sociálna služba.

Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení – zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb a špecializované zariadenie môže okrem poskytovania sociálnych služieb poskytovať zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti podľa zákona č. 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.

Sociálne služby sa podľa druhu delia na:

a/ sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú:

- nocľaháreň,
- útulok,
- domov na pol ceste,
- nízkoprahové denné centrum,
- zariadenie núdzového bývania,

b/ sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú:

- pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života,
- poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti,
- poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu,

c/ sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú:

- poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek,
- opatrovateľská služba,
- prepravná služba,
- sprievodcovská služba a predčítateľská služba,
- tlmočnická služba,

- sprostredkovanie tlmočnickej služby,
- sprostredkovanie osobnej asistencie,
- požičiavanie pomôcok,

d/ sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú:

- monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,
- krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií,

e/ podporné služby, ktorými sú:

- odľahčovacia služba,
- pomoc pri zabezpečení opatrovnických práv a povinností,
- poskytovanie sociálnej služby v dennom centre,
- poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre,
- poskytovanie sociálnej služby v jedálni,
- poskytovanie sociálnej služby v práčovni,
- poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

Pre osoby trpiace Alzheimerovou chorobou a ich rodinných príslušníkov sú určené prevažne sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, a niektoré tzv. podporné služby.

Špecializované zariadenie. V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS. V špecializovanom zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba, zabezpečuje pracovná terapia, záujmová činnosť, utvárajú podmienky na vzdelávanie a úschovu cenných vecí.

Opatrovateľská služba - je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II podľa prílohy č. 3 zákona o sociálnych službách a je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4. Opatrovateľskou službou sa poskytujú úkony podľa prílohy č. 4. Rozsah úkonov na základe sociálnej posudkovej činnosti určuje obec v hodinách. Minimálny rozsah úkonov sebaobsluhy nesmie byť nižší, ako je rozsah zodpovedajúci stupňu odkázanosti fyzickej osoby posúdený podľa prílohy č. 3.

Denný stacionár - poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 a je odkázaná na sociálnu službu v zariadení len na určitý čas počas dňa. V dennom stacionári sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej

fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stravovanie, zabezpečuje pracovná terapia a záujmová činnosť.

Odlahčovacia služba - je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu, ktorou sa poskytuje alebo zabezpečuje fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím sociálna služba počas obdobia, v ktorom fyzická osoba, ktorá opatruje, nemôže opatrovanie vykonávať. Cieľom odľahčovacej služby je umožniť fyzickej osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok na účel udržania jej fyzického zdravia a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia. Odlahčovacia služba sa poskytuje na celé dni, najviac 30 dní v kalendárnom roku. Nevyčerpané dni odľahčovacej služby v kalendárnom roku nemožno poskytnúť v nasledujúcom kalendárnom roku.

Obdobie začiatku 90-tych rokov minulého storočia možno charakterizovať ako obdobie občianskeho prístupu k otázkam sociálno-právnej ochrany starších a zdravotne znevýhodnených ľudí. Sociálne intervencie boli realizované na princípe uplatňovania ľudských a občianskych práv a na antidiskriminačnom princípe voči starším osobám, ako aj osobám so zdravotným znevýhodnením. Brichtová- Repková, (2009) konštatujú, že v spomínanom období išlo o prechod od osobných intervenčných opatrení pre ľudí so zdravotným postihnutím do rozhodujúcich dokumentov a procesov. Celý proces charakterizujú ako snahu o zvyšovanie povedomia o hodnote ľudskej rôznorodosti a o podporu rozmanitosti ako ľudského práva. Koniec 20.storočia na poli sociálnych služieb resp. sociálnej ochrany bol sýtený veľkými reformnými zmenami voči rôznym skupinám sociálne znevýhodnených osôb. Zákom č.543/1990 Zb. o štátnej správe sociálneho zabezpečenia bola vymedzená pôsobnosť orgánov štátnej správy sociálneho zabezpečenia. Zákon definoval kompetencie obciam, najmä v starostlivosti o deti, rodinu, starších ľudí, osoby zdravotne znevýhodnené osoby, ako aj osoby spoločensky neprispôsobivé. Zákon tak posilnil zodpovednosť a samostatnosť obcí a vyšších územných celkov okrem iného aj v efektívnosti a hospodárnosti výkonu sociálnych služieb v SR.

V súčasnosti Národná rada opätovne schválila novelu zákona o sociálnych službách. Tá rieši akútnu situáciu, v ktorej sa zariadenia ocitli kvôli zle nastavenému systému financovania. Novela zákona nadobudla účinnosť od 1.3.2012. Podľa nej sa obecné zariadenia všetkých druhov sociálnych služieb a neverejní poskytovatelia vybraných druhov sociálnych služieb (zariadenia pre seniorov, opatrovateľskej služby, denné stacionáre a nocľahárne) budú financovať priamo zo štátneho rozpočtu tak, že sa zákonom ustanoví výška príspevku podľa druhu sociálnej služby a počtu prijímateľov. Cieľom je podporiť zotrvanie klienta v prirodzenom domácom prostredí a znížiť tlak na kapacity zariadení pre seniorov, pričom sa sprísnia podmienky pre prijatie do takéhoto typu zariadenia zvýšením stupňa odkázanosti z II. na IV., a zároveň klientom s nižším stupňom odkázanosti sa neodoberá právo na sociálnu službu hradenú z verejných zdrojov. Naďalej sa im budú poskytovať sociálne služby v teréne alebo v inom type zariadenia (napr. v dennom stacionári, zariadení opatrovateľskej služby).

Plnoletý klient, ktorému poskytuje sociálnu službu obec alebo vyšší územný celok, sa bude spolupodieľať na úhrade služby dlhodobej starostlivosti, a to vo výške minimálne 50 %

ekonomicky oprávnených nákladov. Jedná sa o zvýšenie participácie klienta a jeho rodiny na úhrade, ktorá je opakovanou a dlhodobou požiadavkou samosprávy. Klientov s nízkym príjmom sa tento fakt nebude týkať. Bude sa na nich naďalej vzťahovať ochrana príjmu, a tak budú platiť iba čiastočnú alebo žiadnu úhradu. V praxi to bude znamenať, že klientom v celoročnom pobytovom zariadení musí naďalej zostať minimálne 20 % sumy životného minima. Výška týchto nákladov sa určí u verejných poskytovateľov sociálnej služby podľa porovnateľného druhu a formy sociálnej služby v územnom obvode príslušnej obce alebo vyššieho územného celku za predchádzajúci rozpočtový rok, v prepočte na mesiac a na prijímateľa sociálnej služby, na počet hodín alebo úkonov opatrovateľskej služby. Touto zmenou sa predpokladá zvýšenie príjmov samospráv na poskytovanie a zabezpečovanie sociálnych služieb. Táto úprava sa nevzťahuje na neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Tí budú naďalej určovať úhradu zmluvou, najviac vo výške 100 % ekonomicky oprávnených nákladov. Úhrada u neverejného poskytovateľa je vyššia ako u verejného poskytovateľa, nakoľko už v súčasnosti (podľa platnej právnej úpravy) aj verení poskytovateľ môže stanoviť úhradu vo výške 100% ekonomicky oprávnených nákladov v súlade so všeobecne záväzným nariadením obce a VÚC. V praxi však obce a VÚC z rôznych dôvodov nezvyšovali úhradu vo všeobecne záväzných nariadeniach, v dôsledku čoho sa zvyšovali nároky na verejné zdroje, teda rozpočty obcí a VUC. Z uvedených dôvodov sa MPSVR SR rozhodlo určiť minimálnu výšku úhrady zákonom. S takýmto návrhom sa stotožňuje aj samospráva (Ako to bude s platením za domovy pre seniorov, 2012).

Po 1.marcí sa tiež už nebude zohľadňovať iba súčasná finančná situácia klienta a jeho rodiny v prípade úhrady za sociálnu službu, ale prihliadať sa bude aj na príjem získaný predajom nehnuteľnosti v posledných piatich rokoch. Ide o opatrenie znižujúce riziko špekulácií. Novelou sa ruší ochrana príjmu u klientov, ktorí majú majetok, vrátane úspor, presahujúci hodnotu vo výške 10 000 €.

Novela ďalej posúva termín pre splnenie podmienok debarierizácie zariadení do 31. decembra 2015, čím sa znížia náklady na poskytovanie sociálnych služieb.

Ministerstvo práce v zákone tiež upravilo možnosť poskytovania sociálnej služby aj bez posúdenia odkázanosti na sociálnu službu v tých prípadoch, ak klient alebo jeho rodina je ochotná platiť plnú výšku nákladov poskytovanej služby, za predpokladu, že sa mu bude poskytovať pomoc pre sebaobsluhu, čím sa zabráni tomu, aby boli do zariadení prijímaní klienti, ktorí vôbec sociálnu službu nepotrebujú.

Nedostatok pracovníkov, ktorí vykonávajú opatrovateľskú službu primälo ministerstvo k rozšíreniu možností vykonávať opatrovanie aj zamestnancami, ktorí majú dostatok zručností a vedomostí, napríklad opatrovateľa/ku bude môcť vykonávať aj sanitár/ka alebo osoba staršia ako 55 rokov s 3 ročnou praxou.

V súčasnosti obce nemajú dostatok finančných prostriedkov na poskytovanie sociálnych služieb, preto niektoré služby vôbec svojim občanom neposkytujú. To je aj prípad opatrovateľskej služby, občania sú tak nútení platiť si plnú sumu u súkromných poskytovateľov. Zmenu k lepšiemu by mal priniesť Národný projekt zameraný na zvýšenie dostupnosti opatrovateľskej služby prostredníctvom poukážok. Z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu a štátneho rozpočtu prispeje odkázaným občanom a samospráve na

opatrovateľov štát, zároveň vznikne alebo sa udrží 3300 pracovných miest – práve pre ľudí, ktorí chcú pracovať ako opatrovatelia (Zvýšenie dostupnosti opatrovateľskej služby..., 2012). *Cieľ projektu je definovaný nasledovne: Projekt zabezpečí poskytovanie opatrovateľskej služby v domácom prostredí, ktorej dostupnosť je v súčasnosti maximálne obmedzená. Prostredníctvom projektu budú vydané poukážky v hodnote 6,9 Eur/kus, ktoré bude klient kupovať od obce a bude nimi platiť za poskytnutú opatrovateľskú službu.*

MPSVR SR cez verejné obstarávanie vyberie emitenta (dodávateľa) poukážok. U neho obec bude môcť nakúpiť poukážky v určitom počte (podľa počtu obyvateľov, počtu odkázaných osôb a pod.) za sumu 3,90 €. Občan, ktorý potrebuje opatrovateľskú službu, si od obce kúpi poukážku za maximálne 1,4 €. O tom, koľko to reálne bude občana stáť rozhodne obecné zastupiteľstvo, ktoré môže ľuďom v hmotnej núdzi poskytnúť poukážky aj bezplatne. Obec poskytne občanovi aj Informácie o tom, ktorému poskytovateľovi opatrovateľskej služby sa bude dať zaplatiť poukážkami. Poukážky, ktoré poskytovateľ dostane za vykonanú službu od občana si nechá preplatiť emitentovi a ten ich kúpi späť už za pôvodnú sumu 6,90 €. Taká je skutočná cena 1 hodiny opatrovateľskej služby. Poukážka je dotovaná prostriedkami ESF vo výške 3 Eur, obec na poukážku prispieva minimálne 2,5 Eur, klient maximálne 1,4 Eur. Ide o trojstranné financovanie opatrovateľskej služby a projekt zabezpečí zlepšenie podmienok pre všetkých, vrátane neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. (Zvýšenie dostupnosti opatrovateľskej služby..., 2012).

Záver

Právo občanov na poskytovanie sociálnych služieb deklaruje aj Charta základných práv EÚ (čl.34) a Európska sociálna charta (čl. 14). Zákon a opatrenia Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR majú tendenciu znižovať tlak na pobytové zariadenia a ťažisko starostlivosti a pomoci o ľudí (nielen s Alzheimerovou chorobou) preniesť do domáceho prostredia a posilniť služby ambulantného resp. terénneho typu. Motívy takéhoto konania sú viaceré, od práva pacienta na život v prirodzenom prostredí s adekvátnymi odbornými službami až po elimináciu výdajov spojených s realizáciou služieb samotných. Otázne však je do akej miery sú očakávania rezortu práce identické s predstavami a očakávaniami občanov resp. príbuzných starajúcich sa o chorých starších ľudí?

Najvyužívanejšou ambulantnou sociálnou službou pre starších občanov a občanov so zdravotným znevýhodnením je opatrovateľská služba. Podstata služby spočíva v pomoci klientom odkázaným na starostlivosť inej osoby zotrvať v prirodzenom prostredí domova.

Počty opatrovaných však klesajú. Tento poznatok konštatujú aj autorky: Brichtová- Repková (2009), pričom vychádzajú zo štatistík, podaných žiadostí a žalôb občanov na súdy, ako aj informácie priamo od zamestnancov obcí. Dôvody sú rôzne- poskytovanie služby len v obmedzenom rozsahu alebo dokonca vôbec a to najmä z dôvodu nedostatku pracovníkov, finančných prostriedkov či materiálno- technického vybavenia. Ďalším faktom je dostupnosť (miestna aj finančná) denných stacionárov pre osoby s Alzheimerovou chorobou a ich príbuzných, ako aj samotná predstava o riešení situácie, ktorí si v mnohých prípadoch volia možnosti týždenných stacionárov, resp. služieb s celoročným pobytom.

Situácia prevyšovania dopytu po sociálnych službách nad ponukou permanentne pretrváva. Demografické ukazovatele predpokladajú nárast občanov vyšších vekových skupín. Pokiaľ sa diskrepancia medzi ponukou a dopytom nebude dať minimalizovať posunom služieb do domáceho prostredia, budú tvorcovia sociálnej politiky a služieb stáť pred závažnými úlohami.

Zoznam použitej literatúry

- [1] *Ako to bude s platením za domovy pre seniorov*. 2012. [on-line] [Citované: 25.02.2012]. Dostupné na <http://www.employment.gov.sk/ako-to-bude-s-platenim-za-domovy-pre-seniorov.html>
- [2] BRICHTOVÁ, L.- REPKOVÁ, K. 2009. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím. Vybrané aspekty*. Bratislava: Epos. 2009. 463s., ISBN 978-80-8057-797-1.
- [3] *Zvýšenie dostupnosti opatrovateľskej služby prostredníctvom poukážok*. 2012 [on-line] [Citované: 25.02.2012]. Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/zvysenie-dostupnosti-opatrovateľskej-sluzby-prostrednictvom-poukazok.html>

Adresa autorky

PhDr. Martina Hrozenská, PhD.
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1, 949 74 Nitra
e-mail: mhrozenska@ukf.sk

ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PRENATÁLNÍ PORADNĚ

Renata Hrubá, Věra Vránová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence

Abstrakt

Práce zjišťuje informovanost žen v reprodukčním věku o prenatální péči v České republice. Šetření proběhlo v prenatálních poradnách Olomouckého a Zlínského kraje.

Teoretická část se zabývá těhotenstvím, koncepcí prenatální péče, rolí porodní asistentky v prenatální péči. Obsahem praktické části je analýza rozsahu znalostí žen, které již těhotenství prodělaly a žen nyní těhotných. U obou sledovaných souborů analýzou dat bylo zjištěno nedostatečné povědomí o práci porodní asistentky v prenatální péči. Na základě zjištěných skutečností byl vypracován edukační materiál: „S porodní asistentkou v prenatální poradně”.

Klíčová slova

Těhotenství, prenatální péče, prenatální diagnostika, porodní asistentka v prenatální péči, těhotenský průkaz.

Abstract

This thesis is concerned with women of reproductive age and their knowledge of antenatal care. The research was implemented at prenatal clinics in Olomouc and Zlín region. The theoretical part of the thesis deals with pregnancy, the concept of antenatal care and the role of a midwife in antenatal care. The practical part analyses the knowledge of group of women who have already had babies as well as the knowledge of group of women who were pregnant at the time of the research. Insufficient knowledge of midwife's role in antenatal care was proved among women in both groups. Educational material „At a prenatal clinic with a midwife” based on the outcomes of the research was created.

Key words

Pregnancy, antenatal care, antenatal diagnosis, a midwife in antenatal care, maternity card.

Úvod

„Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Správně vedená péče lékařem a porodní asistentkou vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidit. Většina těhotenství probíhá fyziologicky. U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se vyskytují rizikové faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství.” (HÁJEK, Z., Prenatální péče o fyziologické těhotenství [online].[cit. 2010-02-27]).

Ohlédnutím do dávné historie lze konstatovat, že péči o ženu vždy vykonávaly ženy, často nevzdělané, pro muže byla tato péče nedůstojnou jejich stavu. Oficiální medicína se prakticky

porodnictvím nezabývala. Teprve od konce 18. století se porodní báby povinně školily na lékařských fakultách, ale i pak zvláště na venkově působilo mnoho porodních bab bez patřičného vzdělání. Prenatální péče nebyla žádná. V České republice péči ženě poskytuje lékař spolu s porodní asistentkou. Pozice porodní asistentky je stále submisivní, podřízena lékaři. V zahraničí, např. v Nizozemí, Německu, Finsku se žena může rozhodnout, kdo o ni v průběhu těhotenství bude pečovat. Může volit mezi rodinným lékařem, lékařem specialistou či porodní asistentkou. Tato volba je částečně ovlivněna i dostupností služeb a finanční situací rodičky. Porodní asistentky o ženu pečují v průběhu celého těhotenství až do porodu. Pokud probíhá těhotenství bez komplikací, mají možnost se ženou odvést porod v porodním centru, pokud jim to legislativa daného státu umožňuje i v domácím prostředí. Porodní asistentka vykonává péči o těhotnou ženu spolu s lékařem. V rámci pravidelné kontroly těhotné ženy porodní asistentka, dále jen PA, při každé návštěvě těhotné ženy v poradně vyšetřuje u ženy moč na bílkovinu, cukr, aceton, měří krevní tlak, sleduje hmotnost těhotné ženy, měří vzdálenost fundu děložního a symfýzy, obvod břicha, v třetím trimestru těhotenství přeměří u ženy pánev pomocí pelvimetru, zaznamenává pohyby plodu, srdeční akci plodu tzv. ozvy. Zjištěné údaje zapisuje do těhotenského průkazu. Po 36. týdnu gravidity PA provádí kardiografické vyšetření u ženy. Nedílnou součástí práce PA v oblasti prenatální péče je rozhovor se ženou, kdy PA detekuje u ženy výskyt somatických potíží např. zvracení, otoky končetin, bolesti, kontrakce děložní atd.

V rámci prenatální péče PA provádí pravidelné odběry krve, v závislosti na týdnu těhotenství. PA pracuje také v komunitní péči o těhotnou ženu, věnuje se problematice žen jak v oblasti somatické, psychické, sociální tak i spirituální. Edukuje těhotnou ženu v oblasti správné životosprávy, osobní hygieny, v oblasti přípravy těhotné ženy na porod, v péči o novorozence, léčebném tělocviku v těhotenství a v období šestinedělí. Tato péče probíhá v kurzech pro těhotné, které mívají zpravidla dvě části. Část teoretickou zaměřenou na přednášky a část praktickou, kde se ženy věnují pohybovým aktivitám, např. cvičení na balonech, plavání, břišním tancům, relaxačním technikám, nácviku dýchání v první a druhé době porodní. V osnově kurzů pro těhotné ženy vždy bývají i přednášky pro partnery žen. PA působí také v oblasti návštěvní služby. Setkává se s ženou v domácím prostředí, často ještě v období těhotenství, monitoruje sociální situaci rodiny a její připravenost na nového člena. V období po porodu u ženy kontroluje hojení porodního poranění, pomáhá ženě s technikou kojení, odstříkávání, péči o prsy, péči o novorozence, informuje ženu o cvičení v šestinedělí, hygieně, stravě v období laktace a antikoncepci. PA je osobou ženě velmi blízkou, často se setkávající i s osobními problémy ženy, problémy v oblasti partnerské, sociální, problémy s rodiči, či pracovními problémy.

Cílem výzkumu je zjistit informovanost žen v reprodukčním věku o prenatální péči v České republice, o těhotenství např. o těhotenských odběrech, ultrazvukovém vyšetření, těhotenském průkazu, péči porodní asistentky v prenatální poradně. Výzkumné šetření je postaveno na skupině respondentek, které již byly těhotné a respondentek nyní těhotných.

Cílem je zjistit, jak se ženy v dané problematice těhotenství a péče o těhotnou ženu orientují, jestli zjištěné skutečnosti odpovídají dané normě, nebo jestli veřejnost zcela nechává péči o sebe a své ještě nenarozené dítě v rukou odborné veřejnosti a nesleduje aktuální trendy

a doporučení, které posunují péči o těhotnou ženu mezi jednu z velmi náročných a odpovědných činností. Cílem je zjistit, zda skutečnost, že žena již byla těhotná, má vliv na její znalosti problematice prenatalní péče, nebo naopak ženy poprvé těhotné jsou více informované - více vyhledávají informace. Kde tyto informace získávají, z jakých zdrojů, např. z odborné literatury, časopisů, médií, od kamarádky, od matky, či jinou formou. Problematiku jsem si vybrala k prostudování také z důvodu, že jsem porodní asistentka a velmi mě zajímá, jak ženy na toto povolání reagují, jestli jsou schopné komunikovat s porodní asistentkou, a také jaká je jejich reakce na práci porodní asistentky v prenatalní péči.

Cíle výzkumu

Zjistit informovanost žen v reprodukčním věku o těhotenství a prenatalní péči.

Zjistit úroveň znalostí žen, které již byly těhotné a žen nyní těhotných.

Zjistit povědomí žen o práci porodní asistentky v prenatalní péči. Vytvořit edukační materiál pro ženy o prenatalní péči.

Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen respondentkami ve věkové kategorii od 20 do 45 let věku, rozdílného vzdělání, žen těhotných i netěhotných. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 85 respondentek ze tří gynekologických ambulancí, v Hulíně, Kroměříži a Přerově. Vyhodnocením prvních položek dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 50 respondentek těhotenství již v minulosti prodělalo, 35 respondentek je nyní těhotných. Dotazníkového šetření se zúčastnily respondentky různého věku a vzdělání. Respondentky dříve těhotné se přiřadily do věkové kategorie takto: 2 (4,00%) do 20 let, 17 (34,00%) 21 - 30 let, 24 (48,00%) 31 - 40 let, více jak 40 let odpovědělo 7 (14,00%) respondentek. Z respondentek nyní těhotných odpověděla 1 (2,86%) do 20 let, 23 (65,71%) 21 - 30 let, 11 (31,34%) 31 - 40 let, žádná respondentka v této skupině neměla více jak 40 let. Na otázku dosaženého vzdělání respondentky odpověděly, 2 (4,00%) základní, studující, 15 (30,00%) vyučena, 28 (56,00%) středoškolské, 5 (10,00%) vysokoškolské vzdělání.

Užité metody

K výzkumu bylo užito anonymní dotazníkové metody. Dotazník obsahoval 20 položek. Většina položek byla v dotazníku uzavřená, kdy odpovědi byly předem formulovány a respondentky vybíraly odpověď, o které byly přesvědčeny, že je jediná správná. U dvou položek v dotazníku mohly respondentky odpovědi ještě zpřesnit vlastními názory, poslední položka v dotazníku byla volná, kdy respondentky mohly vyjádřit svůj vlastní postoj k problematice optimálního věku ženy pro porod dítěte. Závěrečná práce by měla přispět ke zjištění, jak jsou ženy v reprodukčním věku informovány o prenatalní péči v ČR.

Organizace šetření

Výzkumné šetření bylo vedeno v gynekologických ambulancích v Hulíně, Kroměříži a Přerově. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků a jejich návratnost byla 85 (85,00 %).

Gynekologická ambulance Dr. Wiedermanna v Hulíně

Diskuse

Z respondentek nyní těhotných odpovědělo 6 (17,14%) vyučena, 24 (68,57%) středoškolské, 5 (14,29%) odpovědělo vysokoškolské vzdělání. Z dříve těhotných respondentek dále uvedlo 36 (72,00%), že své těhotenství zjistilo samo, zakoupilo si těhotenský test, 14 (28,00%) navštívilo gynekologické středisko, u respondentek nyní těhotných 29 (82,86%) uvedlo zakoupení těhotenského testu k zjištění těhotenství, jen 6 (17,14%) navštívilo gynekologické středisko. Lze se tedy domnívat, že ženy nyní těhotné mají oproti ženám dříve těhotným možnost většího výběru těhotenských testů a jejich větší dostupnost, nejen v lékárnách, ale i v marketech.

Další skupinou byly položky vztahující se přímo k odběrům, které žena absolvuje v průběhu prenatální péče. Zde z respondentek dříve těhotných správně určilo testování žen na HIV 42 (84,00%), Syfilis 24 (48,00%), žloutenku B 24 (48,00%), u respondentek nyní těhotných správně odpovědělo HIV 26 (74,29%), Syfilis 15 (42,86%), žloutenka B 15 (42,86%). Vyšetření krevní skupiny uvedlo správně z respondentek dříve těhotných 45 (90,00%), 5 (10,00%) odpovědělo, že se krevní skupina u těhotné ženy nevyšetřuje. Z nyní těhotných respondentek odpovědělo 29 (82,86%) správně, 2 (5,71%) uvedlo, že se krevní skupina nevyšetřuje, 4 (11,43%) uvedlo nevím, na základě této odpovědi se lze domnívat, že u těchto žen vyšetření ještě nebylo v rámci prenatální péče zatím provedeno.

Položka 14, ve které měly respondentky určit kolikrát se během těhotenství u ženy kontroluje krevní obraz, odpovědělo z dříve těhotných respondentek správně 27 (54,00%) 2x, z nyní těhotných respondentek odpovědělo správně 17 (48,57%). Položka 3 v dotazníkovém šetření zjišťovala povědomí žen o délce fyziologického těhotenství, tedy těhotenství probíhajícího bez komplikací. Z dříve těhotných respondentek odpovědělo správně 41 (82,00%) 40 týdnů, ostatní odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek odpovědělo správně 34 (97,14%) 40 týdnů.

Na položku, které první vyšetření provede gynekolog ke stanovení těhotenství dříve těhotné respondentky odpověděly správně vnitřní vaginální vyšetření 27 (54,00%), zbylé odpovědi byly chybné, nyní těhotné respondentky odpověděly správně 17 (48,57%). Položkou 7 bylo zjištěno, že dříve těhotné respondentky 35 (70,00%) správně odpověděly, co je amniocentéza, zbylé odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek určilo 24 (68,57%), že amniocentéza je odběr plodové vody. Porovnáním odpovědí lze dojít k závěru, že respondentky obou skupin jsou dobře informovány o otázce amniocentézy, bez rozdílu, zda již byly v minulosti těhotné či nikoli. Položka 8 dotazníkového šetření se zabývá OGTT (orálním glukózo- tolerančním testem), tedy testem, kdy se u těhotné ženy vyšetřuje krev a moč na přítomnost cukru. Správně odpovědělo z respondentek dříve těhotných 28 (56,00%), 22 (44,00%) odpovědělo nevím, z této odpovědi lze usuzovat, že tyto respondentky byly těhotné před rokem 2005. Od tohoto roku je testování těhotných žen tzv. OGTT test povinnou součástí prenatální péče o ženu. Z nyní těhotných respondentek odpovědělo 17 (48,57%) správně, zbylých 18 (51,43%) odpovědělo nevím. Na základě těchto odpovědí lze usuzovat,

že tyto respondentky nejsou těhotné více jak 23 týdnů, neboť OGTT test se doporučuje u těhotné ženy provádět v rozmezí 24. - 28. týdne. Datování stěru z pochvy na přítomnost Streptococa Agalactie správně zařadilo z dříve těhotných respondentek 25 (50,00%) ke konci těhotenství, ostatní odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek bylo správně 20 (57,14%) odpovědí.

Další položky dotazníkového šetření se zabývaly detekcí VVV (vrozených vývojových vad) do této skupiny patřily tyto položky 10, 11, 16.

Položka 10 zde respondentky specifikovaly věk, který je jedním z možných indikací k odběru plodové vody. Správně z dříve těhotných respondentek odpovědělo 38 (76,00%), věk nad 35 let, z nyní těhotných respondentek 27 (77,14%). Položka 11 byla zaměřena na detekci VVV plodu z krve matky. Respondentky dříve těhotné odpověděly správně v 16. týdnu 28 (56,00%), z nyní těhotných odpovědělo správně 28 (80,00%). Položka 16 byla zaměřena na detekci VVV plodu pomocí ultrazvukového vyšetření, respondentky měly určit, kolik doporučených (UZV) ultrazvukových vyšetření žena během těhotenství absolvuje. Správně odpovědělo 25 (50,00%) z dříve těhotných žen, zbylé odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek odpovědělo 19 (54,29%) správně.

Na položku týkající se kardiokografie odpovědělo z dříve těhotných žen 36 (72,00%) správně, že se jedná o snímání děložních stahů a měření srdeční činnosti plodu, z nyní těhotných žen správně označilo odpověď 30 (85,72%).

Na položku 13 co je těhotenská průkazka odpovědělo z dříve těhotných respondentek 50 (100,00%) dokument, který musí mít žena vždy u sebe, z nyní těhotných respondentek 33 (94,29%) odpovědělo také správně, jen 2 (5,71%) odpověděly nevim.

Významnou skupinou byly položky 12, 17. Položky byly zaměřeny na získání informací o povědomí žen o péči porodní asistentky v prenatalní poradně. V položce 12 měly respondentky vyjmenovat, co porodní asistentka při každé návštěvě těhotné ženy v poradně zjišťuje, popř. vyšetřuje. Velmi mě překvapilo malé množství vyjmenovaných úkonů u obou souborů respondentek. Zjištěné skutečnosti mě přivedly k myšlence vytvořit edukační materiál pro těhotné ženy, kde by bylo zcela přesně specifikováno, které činnosti porodní asistentka v poradně pro těhotné vykonává.

Položkou 17 bylo zjištěno, že dříve těhotné respondentky uvedly: informace v prenatalní poradně jim stačí 33 (66,00%), ale čerpají i z jiných zdrojů, největší počet respondentek nyní těhotných 27 (77,14%) odpovědělo shodně, informace mi stačí, ale čerpám i z jiných zdrojů. Blíže specifikovaly oba soubory dotazovaných respondentek zdroje v tomto pořadí: na 1. místě je jako zdroj informací uveden internet, na 2. místě knihy a časopisy, na 3. místě kamarádka, na posledním místě byla jmenována porodní asistentka v prenatalní poradně.

Při vyhodnocení této položky bylo využito srovnání s prací Eggové na téma: „Míra informovanosti těhotných žen při návštěvách prenatalní poradny“, která byla provedena v roce 2008 na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Skutečností je, že míru informací získaných od porodní asistentky v prenatalní poradně považují ženy za nedostačující. Vyplývá to i z výše jmenované bakalářské práce, kde 84,00 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že informace sdělené v prenatalní poradně jim nestačí, a proto je

vyhledávají jinde. Jako zdroj respondentky uvedly na 1. místě internet, na 2. místě literaturu, na 3. místě informace od porodní asistentky v předporodním kurzu. Toto zjištění bylo pro mě jako porodní asistentku šokující.

V ČR je stále práce porodní asistentky degradovaná na pouhé asistování lékaři, porodní asistentka je zcela lékaři podřízena. Pravda je bohužel taková, že frekvence vyšetření těhotných žen lékařem v ambulanci a množství speciálních vyšetření v rámci předporodní péče v současné době stále narůstá. Individuální péče o těhotnou ženu, poradenství dle skutečných potřeb ženy i všestranná příprava k porodu a poučení o péči o dítě zůstávají spíše výjimkou, neboť lékaři tyto činnosti nezařazují do své pracovní náplně. Porodní asistentky mají legislativní zajištění pro samostatnou práci s těhotnou ženou, ale dnešní společnost ještě není natolik vyvrálá, aby akceptovala porodní asistentku jako samostatného poskytovatele péče o těhotnou ženu.

„Přestože i v ČR působí několik samostatných porodních asistentek, které jsou schopny v rámci smluvní spolupráce s vybraným lékařem zajišťovat péči o fyziologická těhotenství, v naprosté většině případů stojí v první linii péče o těhotnou ženu privátní gynekolog s II. atestací.” (Prenatální péče a poradenství, [online].[cit. 2010-03-07]). V Holandsku, Finsku, ale i v Německu porodní asistentka samostatně, zcela běžně vede prenatální péči o těhotnou ženu ve své ambulanci, pokud probíhá těhotenství fyziologicky. Položka 20 tzv. volná dávala možnost respondentkám vyjádřit svůj osobní názor, který věk je pro ženu optimální k porodu dítěte. Respondentky dříve těhotné odpověděly takto: 9 (18,00%) do 25 let, 15 (30,00%) 26 - 30 let, 20 (40,00%), 31 - 35 let, 6 (12,00%) respondentek udává věk do 40 let. Z nyní těhotných respondentek udává věk do 25 let 6 (17,14%), 11 (31,43%), 26 - 30 let, 16 (45,72%) 31 - 35 let, nad 40 let odpověděly jen 2 (5,71%) respondentky. Oba soubory respondentek se tedy shodly ve věku vhodném, pro porod dítěte, v největší míře, dříve těhotné 20 (40,00%) a nyní těhotné 16 (45,72%) zařadily věk od 31 - 35 let.

Zjištění je alarmující, ale není překvapivé. Obecně lze říci, že ženy porod prvního dítěte posouvají do vyššího věku - nejdříve se snaží vybudovat dobré zázemí, zejména finanční, vyřeší otázku bydlení, kariéry a teprve potom se chystají na porod dítěte. Bohužel s rostoucím věkem rodiček klesá i pravděpodobnost otěhotnění, přibývá více zdravotních potíží, civilizačních nemocí. Roste riziko předčasných porodů, zvyšují se rizika spojená s porodem dítěte a přibývá porodů císařským řezem. Respondentky měly blíže specifikovat, proč se jimi zvolená věková kategorie jeví pro porod jako optimální. Nejčastější odpověď byla, že žena má vybudované zázemí, je finančně zajištěná, nemusí se bát, že by dítě neuživila, může se mu plně věnovat. Téměř polovina Češek rodí první dítě podle nejnovějších údajů statistik až po dovršení 30 let. V roce 2008 bylo za touto hranicí 49,2 procenta rodiček. Každá šestá matka v Praze byla starší 35 let, na Vysočině jen každá desátá. S rostoucím věkem matek přibývalo i vícečetných těhotenství, což souvisí s tím, že starší ženy častěji podstupují umělé oplodnění. Uvádí to na svém webu Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). (ČTK, Polovina Češek rodí až po třicítce,[online].[2010-03-08]).

Závěr

Závěrečná práce by měla přispět k zjištění, jak jsou ženy v reprodukčním věku informované o prenatalní péči - péči o těhotnou ženu v České republice, dále jen v ČR.

Šetření se zúčastnilo celkem 85 respondentek, z toho 50 uvedlo, že již v minulosti byly těhotné, 35 uvedlo nyní jsem těhotná. Respondentky byly různého věku a vzdělání, z Olomouckého a Zlínského kraje. Šetření probíhalo v lednu a únoru roku 2010.

V cíli 1 bylo zjištěno, že ženy v ČR jsou dostatečně informovány o prenatalní péči v oblasti specifických technik a vyšetření, např. na otázku co je kardiokografie odpovědělo správně z dříve těhotných respondentek 36 (72,00%), z nyní těhotných respondentek odpovědělo 30 (85,72%). Lze tedy usuzovat, že pro nastávající matku toto vyšetření znamená nezapomenutelný zážitek, kdy kromě pohybů miminka uvnitř dělohy má žena možnost při tomto vyšetření slyšet tlukot srdíčka ještě nenarozeného dítěte. Také na otázku, co je amniocentéza, odpovědělo z dříve těhotných respondentek 35 (70,00%) odběr plodové vody, z nyní těhotných respondentek odpovědělo správně 24 (68,57%). Tato vysoká čísla poukazují na informovanost žen v oblasti detekce VVV plodu, lze usuzovat, že ženy se o tuto problematiku zajímají z důvodu svého vyššího věku, kdy riziko VVV u dětí je zvýšené a roste s věkem matek. V oblasti těhotenských odběrů a jejich povinného absolvování byly u respondentek shledány v obou sledovaných souborech nedostatky. Pro upřesnění rozsahu prenatalních odběrů bude tedy vhodné vytvořit edukační materiál pro budoucí těhotné ženy.

V cíli 2 bylo zjištěno, že není větších rozdílů v informovanosti žen, které již byly těhotné a žen nyní těhotných. U obou sledovaných souborů respondentek byly odpovědi vyrovnané.

Cíl 3 - největší nedostatky odhalené šetřením byly nedostatky týkající se práce porodní asistentky v prenatalní péči z pohledu respondentek. Jen malé procento žen obou sledovaných souborů bylo schopno vyjmenovat, co porodní asistentka v prenatalní poradně vždy u ženy vyšetřuje, popř. sleduje. Toto zjištění mě jako porodní asistentku vyburcovalo k vytvoření přehledu činností PA v prenatalní péči a vytvoření edukačního materiálu, který bude průvodcem pro ženu v období těhotenství. Práce porodní asistentky v péči o těhotnou ženu v ČR.

„Péče v prenatalních poradnách vedených ambulantními gynekology prozatím nezohledňuje rozdíl mezi fyziologicky těhotnými, které by mohly být zaopatřeny péčí porodních asistentek, a rizikově těhotnými, u nichž bylo diagnostikováno patologické těhotenství a jejichž sledování náleží výhradně pod kontrolu lékaře.“ (Prenatální péče a poradenství, [online].[cit. 2010-02-07]).

Doporučení pro praxi

Vytvoření edukačního materiálu pro ženy v období těhotenství, objasnění základních pojmů: těhotenské odběry, těhotenský průkaz, ultrazvukové vyšetření, přiblížení práce porodní asistentky v rámci prenatalní péče v gynekologických ambulancích. „S porodní asistentkou v prenatalní poradně“. K zamyšlení je také otázka týkající se spokojenosti porodních asistentek pracujících v poradnách prenatalní péče se strukturou těhotenského průkazu a jeho nejednotností.

Seznam použité literatury

- [1] ČTK, *Polovina Češek rodí až po třicítce*, [online]. [2010-03-08], Dostupný na WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/polovina-cesek-rodí-az-po-tricitce/435117>>
- [2] EGGOVÁ, P., *Míra informovanosti těhotných žen při návštěvě prenatalní poradny*, bakalářská práce, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého Olomouc, 2008. 86s.
- [3] HÁJEK, Z., *Prenatální péče o fyziologické těhotenství* [online]. [cit. 2010-02-27], Dostupný na WWW: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/hajek.php>
- [4] PAŘÍZEK, A., *Knih o těhotenství a dítěti*, 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 752s. ISBN 978-80-7262-594-9
- [5] *Prenatální péče a poradenství*, [online]. [cit. 2010-03-07], Dostupný na WWW: <<http://black-marmelade.blog.cz/0705/cesty-ke-spokojenemu-porodu-i-4-prenatalni-pece-a-poradenstvi>>

Kontaktní údaje

Bc. Hrubá Renata
Ústav porodní asistence
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc
e-mail: renata.hrub@upol.cz
tel.: +420 585 632 806

Mgr. Vránová Věra, Ph.D.
Ústav porodní asistence
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc
e-mail: vera.vranova@upol.cz
tel.: +420 585 632 208

KVALITA ŽIVOTA PO TOTÁLNEJ ENDOPROTÉZE BEDROVÉHO KLĚBU

Zuzana Hudáková, Mária Novysedláková

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Abstrakt

Kvalita života je pre človeka jedným z limitujúcich faktorov plnenia sociálnych rolí. Podieľa sa na subjektívnom prežívaní spokojnosti a celkovej životnej pohody. V našich podmienkach hodnotenie kvality života prebieha výlučne z výskumných dôvodov a nie je bežnou súčasťou liečebného a ošetrovateľského programu. Sumarizácia a analýza výsledkov prieskumu nám umožnila utvoriť si názor na kvalitu života u ľudí po implantácii TEP bedrového kĺbu. Kvalita života v pooperačnom období sa zameriava na zníženie nepriaznivých prejavov operačnej záťaže, prevenciu infekcie, obnovu sebaopatery a psychickú podporu pacienta.

Kľúčové slová

Kvalita života, totálna endoprotéza bedrového kĺbu, rehabilitácia.

THE QUALITY OF LIFE AFTER HIP KNEE ENDOPROTESIS

Abstract

The quality of life is one of the limiting factors of performance of the social roles for man. Participates on the subjective satisfaction and the overall standard of living of the well-being of survivals. In our assessment of the quality of life is exclusively the terms of the research reasons and is not a normal part of the treatment and the nursing program. Summary and analysis of the results of the survey allowed us to create a view on the quality of life for people after the implantation of the total endoprothesis of the hip. The quality of life in the after the operating period, focuses on the reduction of the adverse manifestations of operational load, prevent infection, and psychological support to the reconstruction of the sebaopatery of a patient.

Key words

Quality of life, the total endoprothesis of the hip, rehabilitation.

Úvod

Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života patria aj sebestačnosť, schopnosť rozhodovania, neprítomnosť bolesti a utrpenia, zmyslové schopnosti, fungujúci sociálny podporný systém určitý finančný štandard, pocit užitočnosti, šťastia. Kvalita života ako multidimenzionálny pojem sa podľa Ondrejku (2003) skladá z piatich základných oblastí, charakterizovaných subjektívnymi a objektívnymi parametrami: psychický stav, fyzický stav,

funkčný stav, ktorý umožňuje adaptáciu na fyzickú a psychickú záťaž, oblasť sociálnych vzťahov a ekonomicko-finančná oblasť.

Faktory ovplyvňujúce kvalitu života u pacienta po implantácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu

Pooperačná adaptácia pacienta prináša zo sebou mnohé riziká, preto úloha sestry v uspokojovaní jeho potrieb a obnove sebaopatery je nenahraditeľná.

- 1. Fyzická kondícia** – do značnej miery určovaná výskytom nedostatočnosti dýchania a iných symptómov, určuje sa mobilita pacienta, jeho sebestačnosť pri vykonávaní určitých činností.
- 2. Funkčná zdatnosť pacienta** – môžeme sem zahrnúť predovšetkým stav telesnej aktivity.
- 3. Psychický stav** – hodnotí sa hlavne postoj k životu a momentálnemu stavu, spôsoby vyrovnávania sa s liečbou, emocionálne pocity a pod.
- 4. Spokojnosť s liečbou** – ide predovšetkým o komplexné posúdenie prostredia, v ktorom sa chorý nachádza, spôsoby komunikácie ošetrojúceho personálu s chorým, vrátane podávania informácií o zdravotnom stave, prípadne zlepšení kvality života po operácii.
- 5. Sociálny stav** – hodnotia sa vzťahy chorého k blízkym a rodine, jeho rola a uplatnenie sa v spoločnosti, komunikácia atď. (Matouš a kol. 2005).

Klinická symptomatológia

Ochorenie sa prejavuje pribúdaním bolesti. Pacienti udávajú únavu, a pocit stuhnutia v bedrovom kĺbe. Rozlišuje sa štartovacia bolesť, bolesť po dlhšom zaťažení a neskôr bolesť vyskytujúca sa v pokoji. V pokročilom štádiu je chôdza ťažká a zlepší sa používaním palice. Pribeh je sprevádzaný striedavo bolesťou a fázami kompenzácie, kedy je stále v popredí obmedzenie pohybu. Na strane skrátených stehenných adduktov je končatina funkčne kratšia (Sosna, A. a kol.2003). Kompenzačne sa mení statika dolnej končatiny a postupne aj jej os v zmysle valgizovania kolena, tzv. gama postavenie dolnej končatiny. Dochádza ku sklonu panvy a jej anterotácii. Pri pokročilej forme koxartrózy vznikajú svalové atrofie najprv v oblasti gluteálneho svalstva a neskôr stehenného svalstva (Vojtaššák, J.,1998).

Liečba koxartrózy

Základnou podmienkou úspechu je spolupráca pacienta. Dôležitou súčasťou je dodržiavanie životosprávy. Pacientom neodporúčame jednostranné, dlhotrvajúce zaťaženie v sede, v stojaní ani pri chôdzi. Vhodným športom je bicyklovanie a plávanie (Vojtaššák, 1998).

Rehabilitačná liečba

a) fyzikálna liečba – mechanoterapia, elektroterapia, fototerapia, termoterapia, hydroterapia, balneoterapia

b) pohybová liečba – posilňovanie muskulatúry. V oblasti bedrového kĺbu sa najčastejšie vyskytujú flekčná, abdukčná a rotačná kontraktúra. Pre konzervatívnu liečbu sú vhodné kontraktúry do 30 stupňov pri prvom a druhom stupni poškodenia chrupavky. Pri treťom a štvrtom stupni prichádza do úvahy operačný zákrok. Pacient s koxartrózou má denne cvičiť

s nepreťažovaním postihnutého kĺbu. Rehabilitácia má byť súčasťou každodenného programu. Pacientovi sa odporúča aspoň dvakrát týždenne plávať a denne bicyklovať (Matouš, M.a kol. 2005).

Ortopedicko-chirurgická liečba

Je indikovaná pri vyšších štádiách, kedy už konzervatívnou liečbou nie sme schopní ovplyvniť výraznú algickú zložku ani ťažké patomorfologické zmeny postihnutého kĺbu. Jej cieľom je znížiť zaťaženie kĺbu a vrátiť končatinu do správneho základného postavenia. Rozhodnutie pre konzervatívnu liečbu, kĺb zachovávajúcu operáciu alebo implantáciu endoprotézy závisí od viacerých faktorov: napr. kardiálnej insuficiencie, etiológie koxartrózy, možnosti celkovej alebo spinálnej anestézy, veku pacienta, spolupráce pacienta. Totálna endoprotéza bedrového kĺbu patrí medzi alopastiky bedrového kĺbu. Môže byť:

- cementovaná,
- necementovaná,
- hybridná(kombinovaná).

Každá kĺbová náhrada musí spĺňať dve základné funkcie: funkciu kĺbu, ktorý má nahradiť, a spoľahlivé ukotvenie v skelete.

Ošetrovateľská starostlivosť u pacienta po TEP

Pacient je prevezený po operačnom výkone na polohovateľnej posteli do pooperačnej izby oddelenia. Pooperačná starostlivosť spočíva v pravidelnom monitorovaní vitálnych funkcií (TK, P, TT), o zmenách sestra ihneď informuje lekára, ktorý ordinuje ďalšiu terapiu. Zvyčajne má pacient napichnutú žilu intravenóznym katétrom a dostáva infúzne roztoky podľa ordinácie. Pri prijíme sestra kontroluje operačnú ranu. Ak presakuje, sterilne ju prekryje. Pri výraznom presakovaní do obväzov informuje lekára, ktorý väčšinou ordinuje tlakovú bandáž, niekedy sa pridajú hemostyptiká. Sleduje sa aj diuréza pacienta a celková bilancia príjmu a výdaja tekutín. Ak má pacient problém s močením, rieši sa jednorázovým vycievkovaním (Sklenková, M. 2004).

Prevenia flebotrombózy. Po operácii fyzioterapeut ukáže pacientovi ako prevádzať cievnu gymnastiku – hýbanie prstami DK, aby nedošlo k stáze krvi v DK. Večer v deň operácie sa spravidla podávajú antikoagulačné injekcie s.c.(Fraxiparin, Clexane, Fragmin podľa ordinácie lekára). Ak boli veľké straty z drénov, podávajú sa až ráno, pretože podporujú krvácanie.

Včasná pooperačná starostlivosť. V priebehu prvého a druhého pooperačného dňa je pacient na lôžku. Je veľmi dôležité dodržiavať odporúčanie strán polohy operovanej končatiny. Fyzioterapeut poučí pacienta, aby sa vyvaroval prekríženia DK a vytočenia špičiek do strán, pretože by to mohlo spôsobiť vykĺbenie endoprotézy. Podľa celkového stavu pacienta sa na fixáciu DK používajú aj polohovacie pomôcky (vrecko s pieskom, antirotačná bandáž).

Prevenia dekubitov. Dôležitá je suchá, čistá pokožka, ale aj čistá a rovná posteľná bielizeň, používanie antidekubitárnych pomôcok a krémov (Erevit, calcium, mentol).

Prevenia infekcie spočíva okrem iného v sterilnom preväzovaní rany (Majerová, A. 2000).

Rehabilitácia. Rehabilitačná starostlivosť je mimoriadne dôležitá pre zabezpečenie dobrej funkcie a živnosti implantovanej endoprotézy. Vykonáva ju fyzioterapeut a po stanovení rehabilitačného plánu sa na jeho realizácii majú podieľať aj sestry. Cieľom je prevencia trombotických komplikácií, obnovenie základného rozsahu pohybu, mobilizácia pacienta a nácvik základných princípov chôdze s barlami. Liečebný telocvik je zameraný na posilňovanie svalov operovanej DK a stabilizáciu umelého kĺbu, aby bol čo najodolnejší v statickej aj dynamickej záťaži pri bežných denných činnostiach.

Metodika prieskumu

Náš prieskum sme zamerali na hodnotenie kvality života pacientov po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu. Úlohou bolo zistiť, ako hodnotia pacienti kvalitu života po operačnom výkone totálnej endoprotézy bedrového kĺbu. Hlavným cieľom bolo zistiť, ako hodnotia pacienti kvalitu života po operačnom výkone totálnej endoprotézy bedrového kĺbu.

Vytýčili sme si **čiasťkové ciele**:

- Zistiť, aký dôvod udávajú respondenti pre podstúpenie operácie totálnej endoprotézy v bedrovom kĺbe.
- Zistiť, ako hodnotia pacienti svoje informácie o operačnom výkone pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu.
- Zistiť, či pociťujú respondenti obmedzenie v pohyblivosti bedrového kĺbu po totálnej endoprotéze

Prieskum predstavuje prierezovú „ cross – sectional “ štúdiu so zahrnutím respondentov – ľudí po implantácii totálnej endoprotézy. Realizoval sa na fyziatricko-rehabilitačnom oddelení vo februári – novembri roku 2011 v Nemocnici Poprad.

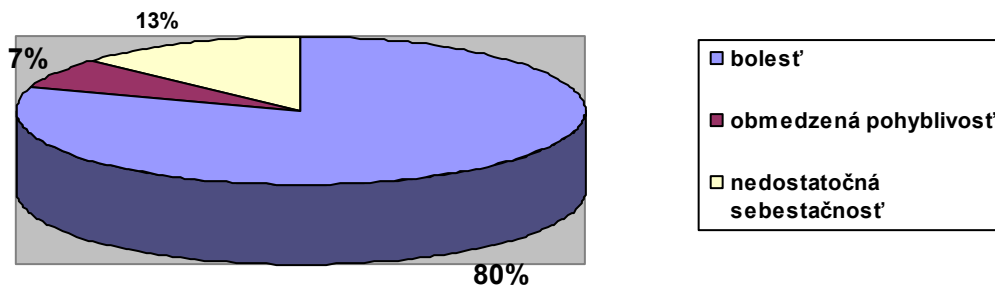
Na realizáciu prieskumu sme použili dotazník, ktorý bol anonymný a dobrovoľný. Obsahoval 25 otázok. Dotazník pozostával z dvoch častí. Keďže zámerom bolo, aby dotazník vyplňovali len ľudia, ktorým bola implantovaná totálna endoprotéza, objavuje sa odborná terminológia aj v jeho názve. Prvú časť tvorili otázky zamerané na kvalitu života po operačnom výkone totálnej endoprotézy bedrového kĺbu. Druhú časť tvorili kategorizačné otázky, kde sme zisťovali vek a pohlavie. Výsledky sme spracovali, vyjadrili v reálnych číslach s prepočtom na percentá a zobrazili sme ich graficky. Rozdaných bolo 60 dotazníkov, návratnosť dotazníkov bola 88 % (53 dotazníkov). Vzorku tvorilo 18 mužov (34 %) a 35 žien (66 %) vo veku od 38 do 74 rokov. Najmenej (9 %) tvorili respondenti vo veku do 40 rokov. Vo veku 41-50 rokov bolo 17 % respondentov, od 51 – 60 rokov bolo 17 % a najviac (57 %) tvorili respondenti vo veku 61 – 75 rokov. Základné vzdelanie malo 10 respondentov (19 %), stredoškolské bez maturity malo 13 respondentov (24 %), stredoškolské vzdelanie s maturitou malo 25 respondentov (47 %) a vysokoškolské 5 respondentov (10 %).

Výsledky prieskumu a diskusia

Analýzou sme zistili, že najväčší problém, kvôli ktorému bola klientom implantovaná totálna endoprotéza bedrového kĺbu bola bolesť. Až 42 respondentov (80 %) označilo bolesť ako problém vedúci k operácii. Obmedzenie pohyblivosti udali 4 respondenti (7 %) a ako dôvod

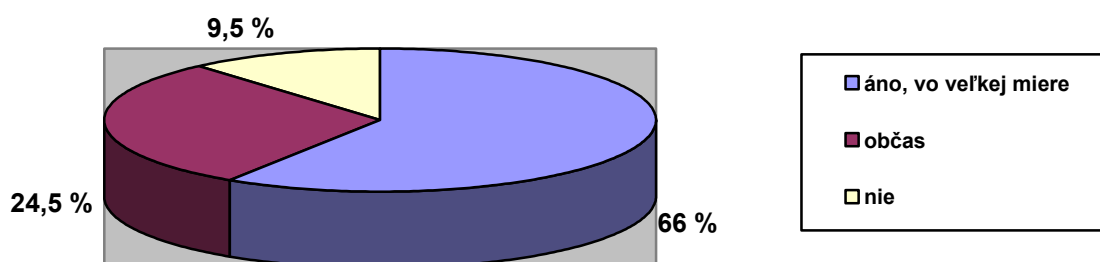
neschopnosť postarať sa o seba z dôvodu zníženej pohyblivosti udalo 7 respondentov (13 %) (graf 1).

Graf 1 Problémy vedúce k operácii



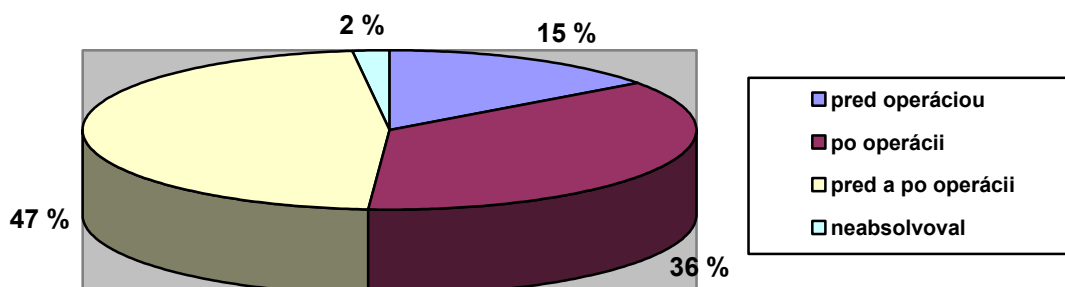
Pomoc od okolia a príbuzných pred operáciou potrebovalo 35 respondentov (66 %), občas 13 respondentov (24,5 %) a bez pomoci mohlo žiť 5 respondentov (9,5 %) (graf 2).

Graf 2 Pomoc od okolia a príbuzných pred operáciou



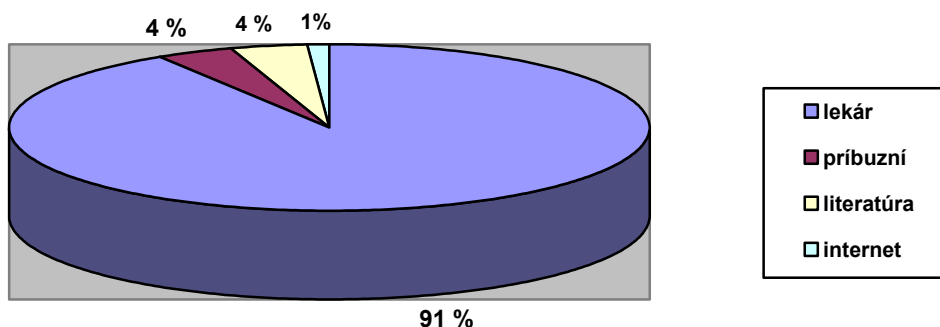
Respondenti uvádzajú, že už pred operáciou absolvovalo rehabilitačnú liečbu a cvičenie 8 respondentov (15 %), po operácii rehabilitovalo 19 respondentov (36 %), pred a po operácii rehabilitovalo 25 respondentov (47 %) a 1 respondent (2 %) uviedol, že nepodstúpil rehabilitačnú liečbu ani pred ani po operácii TEP (graf 3)

Graf 3 Rehabilitačná liečba



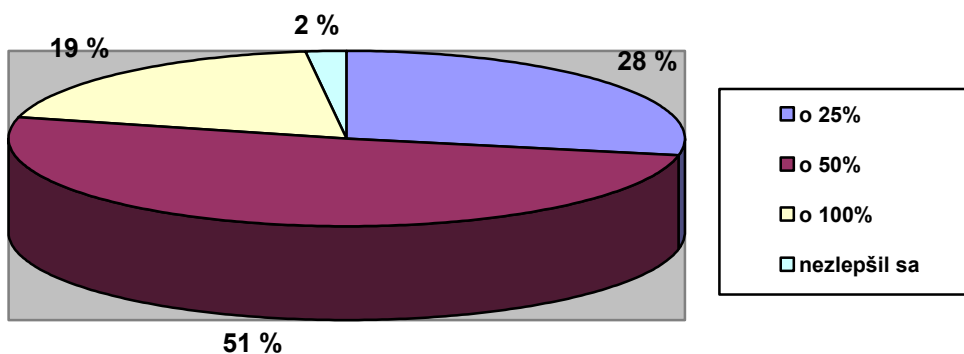
Najviac informácie o výmene kĺbu podávajú lekári a to až 91 %. K ostatným 9 % patria príbuzní, známi, literatúra a internet (graf 4).

Graf 4 Zdroj informácií o operácii



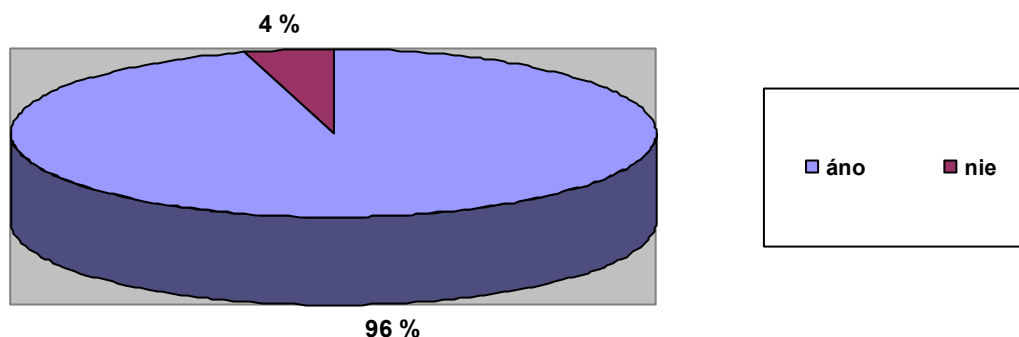
Zlepšenie zdravotného stavu po operácii TEP hodnotilo 15 respondentov (28 %) kvalitu svojho života lepši o 25 % oproti stavu pred operáciou, 27 respondentov (51 %) ju hodnotilo ako zlepšenú o 50 %, 10 respondentov (19 %) cítilo zlepšenie o 100 % vo všetkých oblastiach svojho života a 1 respondent (2 %) nepociťoval žiadne zlepšenie, ani ústup bolesti (graf 5)

Graf 5 Zlepšenie kvality života po operácii



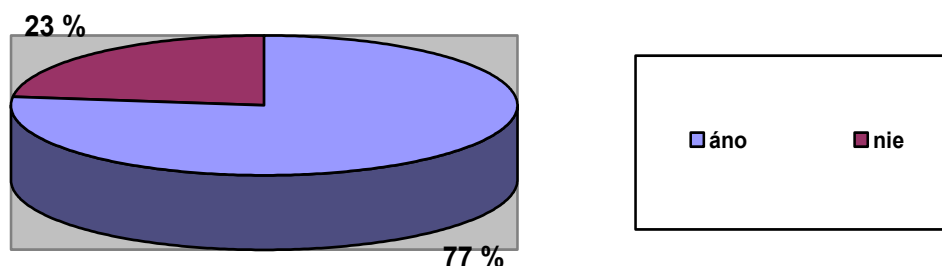
51 respondentov (96 %) bolo poučených o dodržiavaní preventívnych opatrení po operácii a 2 respondenti (4 %) udávajú, že poučení neboli (graf 6).

Graf 6 Informovanie o preventívnych opatreniach po operácii TEP



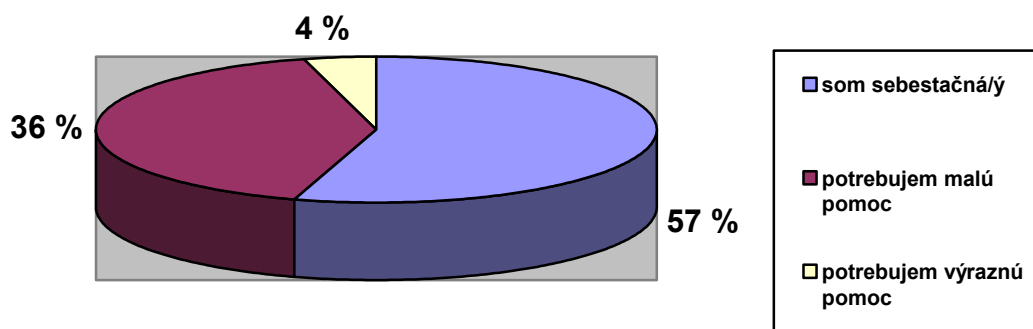
Obmedzenie pohyblivosti bedrového kĺbu po operácii nám potvrdilo 41 respondentov (77 %), 12 respondenti (23 %) nepociťujú po operácii obmedzenú pohyblivosť v operovanom bedrovom kĺbe (graf 7).

Graf 7 Obmedzenie pohyblivosti v operovanom kĺbe



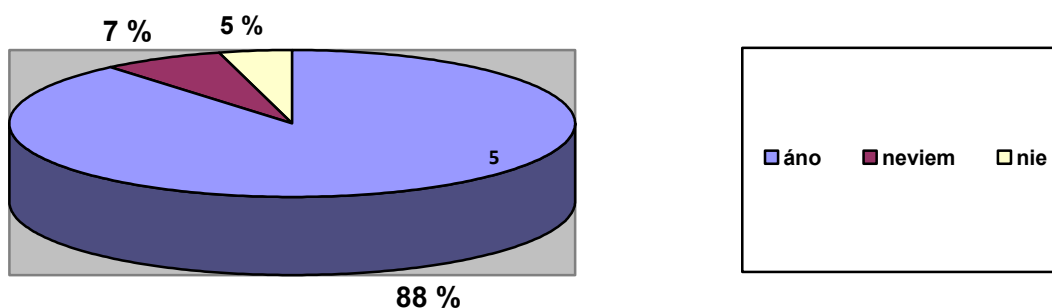
Analýzou sme zistili, že 30 respondentov (57 %) je vo všetkých denných činnostiach po operácii úplne samostatná, 19 respondentov (36 %) potrebuje v malej miere pri niektorých činnostiach denných aktivít malú pomoc a 7 respondentov (7 %) potrebujú výraznú pomoc od svojho okolia (graf 8)

Graf 8 Sebestačnosť respondentov po operácii TEP bedrového kĺbu



Záujem o organizované sedenie o efektívnosti využívania pohybov v denných činnostiach po operácii bedrového kĺbu by privítalo 46 respondentov (88 %), 4 respondenti (7 %) sa nevedelo k tomu vyjadriť a 3 respondenti (5 %) by o tieto informácie nemali záujem (graf 9).

Graf 9 Záujem o informovanosť o efektívne využívanie pohybov po operácii



V prvom čiastkovom ciele sme potvrdili, že až 80 % respondentov podstupuje operáciu totálnej endoprotézy v bedrovom kĺbe kvôli bolesti (graf 1). Pomoc od okolia a príbuzných pred operáciou potrebuje až 66 % respondentov (graf 2). Pred operáciou sa pripravovalo len

15 % respondentov rehabilitačným cvičením, a len 47 % respondentov absolvovalo rehabilitačnú liečbu pred a po operácii bedrového kĺbu, čo hodnotíme ako nedostačujúce. (graf 3).

Druhým čiastkovým cieľom sme zistili, že respondenti majú dostatok informácií pred operáciou bedrového kĺbu o príprave na operáciu a o možnostiach pohybu po operácii. Až v 91 % podáva tieto informácie lekár – ortopéd (graf 4). 96 % respondentov bolo poučených o dodržiavaní preventívnych opatrení po operácii (graf 6).

Taktiež kladne hodnotili starostlivosť po operácii v zmysle prevencie komplikácií, ktoré mohli nastať po operácii. Zároveň až 88 % respondentov vyjadriло záujem o organizované sedenie o efektívnosti využívania pohybov v denných činnostiach po operácii bedrového kĺbu, ktoré by viedol odborník (lekár, fyzioterapeut, špecialista a pod). (graf 9)

V treťom čiastkovom ciele sme potvrdili, že obmedzenie pohyblivosti v bedrovom kĺbe po operácii udáva 77 % respondentov (graf 7); 57 % respondentov je vo všetkých denných činnostiach po operácii úplne samostatná, 36 % respondentov potrebuje pomoc v malej miere pri niektorých činnostiach denných aktivít (graf 8).

Na záver môžeme povedať, že pacientom po implantácii totálne endoprotézy v bedrovom kĺbe výrazne ustúpia bolesti, zlepší sa pohyblivosť, čím sú schopnejší vykonávať jednotlivé denné aktivity bez pomoci iných. Pri hodnotení prípravy na operáciu prostredníctvom rehabilitačnej liečby sme zistili, že pred operáciou podstupuje prípravné cvičenie len 15 % pacientov, čo je veľmi málo. Možno by bolo zaujímavé urobiť prieskum aj v oblasti spolupráce medzi fyzioterapeutmi, lekármi, ortopédmi a sestrami, ktoré pracujú na týchto pracoviskách, kde sa pripravujú na operáciu, alebo sú po operácii takýto pacienti. Z prieskumu nám vyplynulo, že pacienti očakávajú zlepšenie hlavne v o vykonávaní bežných denných aktivít, pri zlepšení sebestačnosti.

Návrhy pre prax

- Realizovať nácvik rehabilitačných prvkov už pre operáciu totálne endoprotézy u pacienta
- Vypracovať individuálny rehabilitačný plán, ktorý bude postavený tak, aby bol účinný pred, počas a po totálnej endoprotézy v bedrovom kĺbe u každého pacienta
- Do predoperačnej prípravy zaradiť nácvik chôdze na barliach, nácvik sedu, nácvik sebaobslužných činností.
- Organizovať stretnutia pre pacientov pred operáciou a po operácii zameraných na skvalitnenie života v oblasti vykonávania denných aktivít vzhľadom na vykonávanie pohybov .
- Monitorovať postoje pacientov k svojmu zdraviu, pravidelne vyhodnocovať edukačné dotazníky.
- Zabezpečiť spätnú väzbu od klienta na edukačný proces po implantácii TEP.
- Zapojiť do edukácie lekárov, fyzioterapeutov, sestry a ostatný personál na daných oddeleniach.
- Výsledky liečby pacientov po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu prezentovať na pravidelných seminároch oddelenia.

Záver

Cieľom práce bolo poukázať na to, že kvalita života pacientov po implantácii totálnej endoprotézy v bedrovom kĺbe sa môže včasnou a správnou rehabilitáciou výrazne zlepšiť. Máme za to, že predoperačná príprava pacienta pred implantáciou totálnej endoprotézy v bedrovom kĺbe by mala byť v oblasti rehabilitácie a predoperačného cvičenia oveľa účelnejšia a dôkladnejšia, čím by sa pacienti do bežného života po operácii vrátili oveľa skôr a boli by rýchlejšie sebestačnejší v denných bežných aktivitách.

Zoznam použitej literatúry

- [1] MAJEROVÁ, A. 2000. *Predoperačná a včasná pooperačná rehabilitačná starostlivosť o pacienta po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu*. In *Rehabilitácia*, 33 roč., 2000, č. 1, str. 11 – 22. ISSN 0375-0922.
- [2] MATOUŠ, M.a kol. 2005. *Život s endoprotézou kyčelného kloubu*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0886-8.
- [3] ONDREJKA, I.2003. *Komplexne o kvalite života pacienta*. In *Sestra*, II, 2003, č. 3, str. 8 – 9. ISSN 1335-9444.
- [4] SKLENKOVÁ, M. 2004. *Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a jej hodnotenie*. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*, 2004, roč. II, č. 3, s. 9. ISSN 1336-183X.
- [5] SOSNA, A. a kol.2003. *Náhrada kyčelného kloubu*; Praha: Triton 2003. ISBN 80-7254-302-4.
- [6] VOJTAŠŠÁK, J.1998. *Ortopédia*. Bratislava: Litera Medica 1998, s. 592 – 613, ISBN 80-88908-00-0

Kontaktné údaje

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

DOPAD LEGISLATÍVNYCH ZMIEN V OŠETROVATEĽSTVE SÚVISIACICH S REFORMOU ZDRAVOTNÍCTVA NA JEDNOTLIVÉ TYPY ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Viera Hulková

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

Abstrakt

Predmetom práce je reforma zdravotníctva v rokoch 2004 – 2006 a jej implementácia do ošetrovateľstva. Cieľom práce bolo analyzovať stav zmien v ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach v SR. Objektom skúmania boli sestry pracujúce vo FN, NsP, ADOS a PLK. Výskum bol realizovaný prostredníctvom dotazníka, ktorý bol distribuovaný 1000 respondentom. Vyplnený dotazník vrátilo 777 respondentov, ktorí tvoria reprezentatívnu vzorku. Legislatívne zmeny ovplyvnili výkon povolania sestry v SR. Práca obsahuje porovnanie týchto zmien. Sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov môžu významným spôsobom ovplyvniť funkčnosť nového systému poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová

Reforma zdravotníctva. Ošetrovateľská starostlivosť. Ošetrovateľstvo.

Abstract

The subject of present work is the health care reform 2004 – 2006 and its implementation in nursing. The aim is to analyze the state of changes in the nursing care in the health institutions in Slovakia. The object of the research were the nurses working at teaching hospitals, hospitals with out patients clinics, in agencies for domestic nursing care, polyclinics. The research was realized by a form of a questionnaire that was distributed to 1000 respondents. The filled questionnaire was sent back by 777 respondents who create the representative sample. Legislative changes affected professional competence of nurses in the Slovak Republic. The work contains comparing of these changes. The nurses as the largest health unit of workers can influence significantly the functionality of the new health care delivery system.

Key words

Health care reform. Nursing care. Nursing.

Súbor a metódy

Metódou výskumu bol dotazník so štruktúrovanými otázkami. Súbor respondentov tvorilo 777 sestier z vybraných 42 zdravotníckych zariadení v SR: FN, NsP, ADOS, PLK

a špecializované ústavy. Najväčšie zastúpenie mali ADOS v počte 13, NsP 9 a PLK 7. Zastúpené boli všetky kraje Slovenska, pričom najväčšie zastúpenie zdravotníckych zariadení bolo zo západného Slovenska, potom z východného a najmenej zo stredného Slovenska.

Výskum bol realizovaný s cieľom zistiť a posúdiť dopad reformy zdravotníctva na ošetrovateľstvo v SR a na základe získaných údajov vypracovať dopadovú štúdiu reformy zdravotníctva na ošetrovateľstvo v SR.

Výsledky výskumu boli spracované štatistickou metódou (deskriptívna štatistika pre kvalitatívne znaky počty a percentá, pre kvantitatívne (vek a počet odpracovaných rokov) priemer, smerodajná odchýlka). Na zistenie vzťahu medzi kvalitatívnymi znakmi bol použitý chí kvadrát test v kontingenčných tabuľkách a štatistický softvér SPSS 16.0. Všetky testy boli robené na hladine významnosti $\alpha = 0,05$.

Výsledky a diskusia

V tomto príspevku analyzujem dopad legislatívnych zmien v ošetrovateľstve na fungovanie a prevádzku jednotlivých typov zdravotníckych zariadení. Pre lepšiu prehľadnosť som rozdelila zdravotnícke zariadenia do piatich skupín: fakultné nemocnice, nemocnice s poliklinikou, špecializované ústavy, polikliniky a ADOS – y.

Vyhodnotila som odpovede 124 sestier pracujúcich vo fakultných nemocniciach, 315 v NsP, 144 sestier zo špecializačných ústavov, 50 sestier pracujúcich v ADOS a 105 sestier pracujúcich v poliklinikách. Celkovo 738 respondentov z celkového počtu 777, ktoré sa výskumu zúčastnili.

Distribúciu dotazníkov zabezpečovali manažérky ošetrovateľstva v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, pričom respondentov vyberali na základe kritéria, že vo výskumnom súbore museli byť zastúpené aj sestry manažérky a aj sestry pri posteli chorého.

V rámci analýzy demografických údajov možno konštatovať, že výskumu sa zúčastnilo 777 sestier vo veku od 22 do 65 rokov, pričom tieto čísla udávajú vek najmladšej a najstaršej respondentky. Priemerný vek respondentiek vo výskumnej vzorke bol 39,33 rokov.

Skupinu respondentov tvorilo 10,9% sestier s VŠ vzdelaním II. stupňa, 18,9% sestier s VŠ vzdelaním I. stupňa, 19,2% sestier v vyššom odbornom vzdelaní, 23,6% sestier so stredoškolským vzdelaním a po absolvovaní špecializačného štúdia a najväčšie zastúpenie mali sestry so stredoškolským vzdelaním 23,6%. Výskumu sa zúčastnilo aj 8 sestier s titulom PhDr., PhD. a docent.

Priemerný počet rokov praxe vo vzorke respondentov bol 19,30 rokov, pričom najdlhší počet odpracovaných rokov bol 45.

56,50% sestier pracuje v nemocniciach, 18,53% sestier v špecializovaných ústavoch, 13,9% sestier v poliklinikách. Podľa pracovného zaradenia možno skonštatovať, že na jednotlivé položky odpovedalo 6 námestníčok pre ošetrovateľskú starostlivosť, 15 manažérok ADOS, 5 hlavných sestier polikliník, 69 vedúcich sestier oddelení, 48 staničných sestier, 454 sestier pri posteli chorého, 39 sestier pracujúcich v ADOS, 110 sestier pracujúcich v ambulancii

a 31 sestier uviedlo inú pracovnú pozíciu. Najčastejšie sa jednalo o sestry – inštrumentárky. Celkovo sa teda výskumu zúčastnilo 143 sestier v riadiacej pozícii a 634 sestier.

V rámci analýzy demografických údajov v nasledujúcej prehľadovej tabuľke uvádzam pre porovnanie vek a počet rokov praxe respondentov podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení.

Tabuľka č. 1

Analýza demografických údajov respondentov podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Vek average	Vek minimum	Vek maximum	Počet rokov praxe	Prax minimum	Prax maximum
FN	42	23	65	21,80	1	45
NsP	38,6	22	60	18,8	1	40
Špec. ústavy	38,68	23	60	19	1	40
PLK	39,94	23	56	19,61	1	37
ADOS	40,2	23	65	20,25	2	45

Porovnanie odpovedí na otázku č. 1

Akceptovanie kompetencií sestry v súlade s vyhláškou MZ SR č. 364/2005 Z. z.

Tabuľka č. 2

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 1 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede				
	áno	skôr ano	nie	skôr nie	iná odpoveď
FN	43 34,7%	61 49,19%	3 2,42	11 8,87%	6 4,83%
NsP	79 25%	157 49,84%	19 6%	45 14,30%	15 7,76%
Špec. ústavy	49 34%	70 48,6%	7 4,90%	14 9,7%	4 2,8%
PLK	44 42%	54 51,40%	2 1,9%	3 2,85%	2 1,9%
ADOS	40 80%	5 10%	1 2%	1 2%	3 6%

Z porovnania vyplýva, že vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení sú akceptované kompetencie sestry v súlade s vyhláškou MZ SR č. 364/2005 Z. z.

Po zrátaní pozitívnych odpovedí dospejeme k nasledovným záverom:

1. kompetencie sestier sú najviac akceptované v poliklinikách (93,4%)
2. 90% v ADOS
3. 83,89% vo FN
4. 82,6% v špecializovaných ústavoch
5. 74,84% v NsP

Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v NsP.

Porovnanie odpovedí na otázku č. 2

Vnímanie legislatívnych zmien v ošetrovatel'stve

Tabuľka č. 3

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 2 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede					
	áno	skôr áno	nie	skôr nie	neviem	iná odpoveď
FN	18 14,5%	52 42%	15 12%	15 12%	20 16%	4 3,22%
NsP	45 14,3%	105 33,33%	44 14%	64 20,3%	56 17,8%	2 0,63%
Špec. ústavy	17 11,80%	43 29,9%	15 10,42%	38 26,39%	30 20,8%	1 0,69%
PLK	21 20%	35 33,33%	5 4,76%	19 18%	24 22,85%	1 0,95
ADOS	15 30%	25 50%	1 2%	1 2%	7 14%	1 2%

Z vyššie uvedeného tabuľkového porovnania vyplýva, že prevažná väčšina sestier vníma legislatívne zmeny v ošetrovatel'stve ako prínosné. Po zrátaní pozitívnych odpovedí dospejeme k nasledovným záverom:

1. najpozitívnejšie tieto zmeny vnímajú sestry pracujúce v ADOS (80%)
2. 56,5 % vo FN
3. 53,33 % v PLK
4. 47,63% v NsP
5. 41,7 v v špecializovaných ústavoch.

Najviac negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch (47,19%).

Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 137 sestier, pričom najviac sestier bolo z nemocníc (17,8%), potom zo špecializovaných ústavov a polikliník.

Porovnanie odpovedí na otázku č. 3

Zhodnotenie dopadu legislatívnych zmien v ošetrovatel'stve v zdravotníckom zariadení

Tabuľka č. 4

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 3 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede				
	pozitívne	čiastočne pozitívne	negatívne	neviem posúdiť	iná odpoveď
FN	25 20,16%	56 45,16%	8 6,45%	32 25,80%	3 2,42%
NsP	34 10,8%	135 42,85%	58 18,4%	84 26,7%	5 1,58%

Špec. ústavy	16 11%	54 37,5%	19 13,2%	41 28,5%	4 2,8%
PLK	19 18%	44 42%	3 2,85%	39 37%	0
ADOS	20 40%	17 34%	2 4%	10 20%	1 2%

Z porovnania vyplýva, že dopad legislatívnych zmien v ošetrovatelstve vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení sestry ohodnotili ako pozitívny.

Po zrátaní pozitívnych odpovedí dospejeme k nasledovným záverom:

1. najpozitívnejšie zhodnotili dopad týchto zmien sestry pracujúce v ADOS - až 74% sestier,
2. 65,32 % sestier vo FN,
3. 60 % sestier pracujúcich v PLK,
4. 53,65 % sestier z NsP,
5. 48,5 % sestier zo špecializovaných ústavov.

Najviac negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v NsP (18,4%).

Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 206 sestier (28%), pričom najviac sestier bolo z NsP, potom zo špecializovaných ústavov, PLK a FN.

Porovnanie odpovedí na otázku č. 4

Ako vnímate zmeny v profesii sestry po roku 2004

Tabuľka č. 5

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 4 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede				
	pozitívne	čiastočne pozitívne	negatívne	neviem posúdiť	iná odpoveď
FN	28 22,6%	62 50%	15 12%	16 13%	3 2,42%
NsP	62 19,7%	150 47,6%	54 17%	42 13,3%	8 2,5%
Špec. ústavy	23 16%	69 48%	29 20,13%	21 14,6%	2 1,4%
PLK	27 25,7%	57 39,6%	5 4,8%	15 14,3%	1 0,95%
ADOS	18 36%	27 54%	3 6%	2 4%	0

Z vyššie uvedeného tabuľkového porovnania vyplýva, že prevažná väčšina sestier vníma zmeny v profesii sestry po roku 2004 pozitívne. Po zrátaní pozitívnych odpovedí dospejeme k nasledovným záverom:

1. najpozitívnejšie tieto zmeny vnímajú sestry pracujúce v ADOS, až v 90%
2. 72,6 % sestier pracujúcich vo FN,

3. 67,3% sestier z NsP,
4. 65,3 % sestier z polikliník,
5. 64 % sestier pracujúcich v špecializovaných ústavoch.

V odpovediach sestier z NsP, polikliník a špecializovaných ústavov možno pozorovať zhodu v počte pozitívnych odpovedí.

Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 96 sestier, pričom najviac sestier bolo zo špecializovaných ústavov (14,6 %).

Porovnanie odpovedí na otázku č. 5

Prijatím právnych predpisov v ošetrovatelstve sa sestrám ich podmienky pre výkon povolania:

Tabuľka č. 6

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 5 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede				
	zlepšili	zhoršili	nezmenili	neviem posúdiť	iná odpoveď
FN	37 29,8%	14 11,3%	34 27,4%	35 28,22%	4 3,22%
NsP	64 20,32%	53 16,8%	135 43%	57 18%	7 2,22%
Špec. ústavy	21 14,6%	29 20,14%	68 47,22%	25 17,4%	1 0,7%
PLK	26 24,8%	8 7,6%	36 34,3%	32 30,5%	2 1,9%
ADOS	19 38%	1 2%	23 46%	5 10%	2 4%

Z porovnania vyplýva, že 167 sestier (22,6 %) hodnotí podmienky pre výkon povolania ako zlepšené, 105 sestier (14,23%) ako zhoršené a najväčší počet - 296 (40,11%) sestier hodnotí tieto podmienky ako nezmenené.

Zlepšenie podmienok pre výkon povolania sestry uvádzajú v najväčšom zastúpení sestry pracujúce v ADOS (38 %). Najmenej sa zlepšili podmienky pre výkon povolania sestrám pracujúcim v špecializovaných ústavoch (14,6 %).

Zhoršenie podmienok pre výkon povolania sestry uvádzajú v najväčšom zastúpení sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch (20,14%). Najmenej sa zhoršili podmienky pre výkon povolania sestrám pracujúcim v ADOS.

Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 154 sestier (20,9 %), pričom najviac sestier bolo z polikliník, potom z FN a NsP.

Porovnanie odpovedí na otázku č. 6

Zmeny, ktoré súvisia s prijatím právnych predpisov, prispeli k zvýšeniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti

Tabuľka č. 7

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 6 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede			
	súhlasím	nesúhlasím	neviem posúdiť	iná odpoveď
FN	47 38%	25 20,16%	48 38,71%	4 3,22%
NsP	102 33,33%	96 30,5%	102 32,4%	16 5%
Špec. ústavy	47 32,6%	34 23,6%	59 41%	4 2,8%
PLK	39 37,14%	18 17,14%	47 44,8%	1 0,95%
ADOS	32 64%	2 4%	14 28%	2 4%

Z vyššie uvedeného tabuľkového porovnania vyplýva, že prevažná väčšina sestier súhlasí s konštatovaním, že zmeny, ktoré súvisia s prijatím právnych predpisov, prispeli k zvýšeniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kladne odpovedalo celkovo 267 sestier (36,18 %). Najviac pozitívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v ADOS (64%). V odpovediach sestier z ostatných typov zdravotníckych zariadení možno pozorovať zhodu v počte pozitívnych odpovedí. Nesúhlasné stanovisko uviedlo celkovo 175 sestier (23,7 %). Najviac negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v NsP (30,5 %). Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 270 sestier (36,6 %), pričom najviac sestier bolo z polikliník (44,8 %).

Porovnanie odpovedí na otázku č. 7

Myslíte si, že prijatie právnych noriem v oblasti ošetrovateľstva prinieslo výraznejšie zmeny v ošetrovateľskej praxi ?

Tabuľka č. 8

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 7 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede					
	áno	skôr áno	nie	skôr nie	neviem posúdiť	iná odpoveď
FN	22 17,8%	43 34,7%	12 9,7%	19 15,32%	27 21,8%	1 0,80%
NsP	32 10,16%	108 34,3%	52 16,5%	61 19,4%	60 19%	3 0,95%

Špec. ústavy	22 15,3%	36 25%	26 18%	31 21,53%	26 18%	3 2%
PLK	16 15,24%	39 37,14%	8 7,62%	19 18%	23 22%	0
ADOS	11 22%	25 50%	1 2%	6 12%	7 14%	0

Z porovnania vyplýva, že väčšina sestier zo všetkých typov zdravotníckych zariadení zastáva názor, že prijatie právnych noriem v oblasti ošetrovateľstva prinieslo výraznejšie zmeny v ošetrovateľskej praxi. Po zrátaní pozitívnych odpovedí dospejeme k nasledovným záverom. Najpozitívnejšie tieto zmeny vnímajú sestry pracujúce v ADOS až 72% .

Najviac negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch (39,53%).

Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 143 sestier, pričom najviac sestier bolo z polikliník (22 %).

Porovnanie odpovedí na otázku č. 8

Domnievate sa, že tým, že nadobudli účinnosť právne predpisy týkajúce sa ošetrovateľstva v SR, sa posilnila autonómia (samostatnosť) odboru ošetrovateľstva?

Tabuľka č. 9

Porovnanie odpovedí respondentov na otázku č. 8 podľa jednotlivých typov zdravotníckych zariadení

Typ ZZ	Odpovede					
	áno	skôr áno	nie	skôr nie	neviem posúdiť	iná odpoveď
FN	28 22,6%	50 40,3%	11 8,87%	17 13,7%	17 13,7%	1 0,8%
NsP	44 14%	102 32,4%	62 19,7%	50 15,9%	55 17,5%	3 0,95
Špec. ústavy	20 13,4%	39 27%	30 20,8%	22 15,3%	31 21,53%	2 1,4%
PLK	19 18%	37 35,2%	3 2,85%	18 17,14%	28 26,7%	0 0
ADOS	20 40%	22 44%	0 0	4 8%	3 6%	1 2%

Z vyššie uvedeného tabuľkového porovnania vyplýva, že prevažná väčšina sestier sa domnieva, že tým, že nadobudli účinnosť právne predpisy týkajúce sa ošetrovateľstva v SR, sa posilnila autonómia (samostatnosť) odboru ošetrovateľstva.

Po zrátaní pozitívnych odpovedí dospejeme k nasledovným záverom:

1. najpozitívnejšie odpovede uviedli sestry pracujúce v ADOS (84%),
2. 63 % sestier z FN,
3. 53,2 % sestier z PLK.

Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch (36 %) a NsP (35,6 %).

Najmenej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v ADOS a poliklinikách.

Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 134 sestier, pričom najviac sestier bolo z polikliník (26,7 %).

Diskusia

Vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení sú akceptované kompetencie sestry v súlade s vyhláškou MZ SR č. 364/2005 Z. z., pričom najviac akceptované sú v poliklinikách. Prevažná väčšina sestier vníma legislatívne zmeny v ošetrovatelstve ako prínosné. Najpozitívnejšie tieto zmeny vnímajú sestry pracujúce v ADOS. Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch, čo bolo pre mňa zaujímavým zistením. Či sú legislatívne zmeny pre sestry prínosom nevedelo posúdiť až 137 sestier, pričom najviac sestier bolo z nemocníc (17,8%), potom zo špecializovaných ústavov a polikliník.

Dopad legislatívnych zmien v ošetrovatelstve vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení sestry ohodnotili ako pozitívny. Najpozitívnejšie zhodnotili dopad týchto zmien sestry pracujúce v ADOS. Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v NsP. Svoj názor na dopad legislatívnych zmien nevedelo vyjadriť až 206 sestier (28%), pričom najviac sestier bolo z NsP.

Prevažná väčšina sestier vníma zmeny v profesii sestry po roku 2004 pozitívne. Najpozitívnejšie tieto zmeny vnímajú sestry pracujúce v ADOS. Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch. Väčšina sestier hodnotí podmienky pre výkon povolania ako nezmenené. Zlepšenie podmienok pre výkon povolania sestry uvádzajú v najväčšom zastúpení sestry pracujúce v ADOS. Najmenej sa zlepšili podmienky pre výkon povolania sestrám pracujúcim v špecializovaných ústavoch. K podmienkam pre výkon povolania sestry nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 154 sestier, pričom najviac sestier bolo z polikliník.

Prevažná väčšina sestier súhlasí s konštatovaním, že zmeny, ktoré súvisia s prijatím právnych predpisov, prispeli k zvýšeniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Najviacej pozitívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v ADOS. Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v NsP. Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 270 sestier, pričom najviac sestier bolo z polikliník.

Väčšina sestier zo všetkých typov zdravotníckych zariadení zastáva názor, že prijatie právnych noriem v oblasti ošetrovatelstva prinieslo výraznejšie zmeny v ošetrovateľskej praxi. Najpozitívnejšie tieto zmeny vnímajú sestry pracujúce v ADOS. Najviacej negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch. Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 143 sestier, pričom najviac sestier bolo z polikliník.

Prevažná väčšina sestier sa domnieva, že tým, že nadobudli účinnosť právne predpisy týkajúce sa ošetrovatelstva v SR, sa posilnila autonómia (samostatnosť) odboru ošetrovatelstva. Najpozitívnejšie odpovede uviedli sestry pracujúce v ADOS. Najviacej

negatívnych odpovedí uviedli sestry pracujúce v špecializovaných ústavoch. Na túto otázku nevedelo jednoznačne vyjadriť svoj názor až 134 sestier, pričom najviac sestier bolo z polikliník.

Záver

Implementácia legislatívnych noriem do praxe v zdravotníckych zariadeniach nebola ľahká a priniesla mnoho komplikácií nielen sestrám, ale aj zamestnávateľom. Napriek nepochybným pozitívnym legislatívnym zmenám a kvalitnej príprave sestier na výkon zdravotníckeho povolania pretrváva a zvyšuje sa problém s nedostatkom sestier v praxi.

Literatúra

HULKOVÁ, V.: Reforma zdravotníctva a jej implementácia do ošetrovateľstva v Slovenskej republike. Dizertačná práca. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety. Bratislava. 2009. 212 s. a 1 príloha.

Kontaktné údaje

PhDr. Viera Hulková, PhD.

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

Ústav sv. Jana N. Neumanna Příbram

Jiráskovy sady 240

261 01 Příbram

e-mail: v.hulkova@centrum.sk

OVERENIE ZHODY A NEZHODY PODSKUPÍN RESPONDENTOV ŠTUDENTOV V PRÍPRAVE NA ZDRAVOTNÍCKE POVOLANIE A ZAMESTNANCOV Z PRAXE V ODPOVEDIACH NA OTÁZKY V DOTAZNÍKU „SPRÁVANIE PODPORUJÚCE ZDRAVIE“ CHI-KVADRÁT TESTOM

Jozef Chajdiak, Anna Krišková

Katedra zdravotníckych štúdií VŠPJ

Abstrakt

Zaoberáme sa zdravím poskytovateľov zdravotníckych a sociálnych služieb. Sledujeme aspekty podpory zdravého správania u študentov, v etape prípravy na povolanie a zamestnancov. Výhodiskom k zostaveniu dotazníka je klasifikačný súbor NOC. Dotazník obsahuje 23 otázok, na ktoré respondent odpovedá na 5 bodovej poradovej škále. V súbore respondentov sme overovali zhodu rozdelenia odpovedí na jednotlivé otázky chi-kvadrát testom. Pri nezhode rozdelení sme porovnali rozdelenia odpovedí oboch podsúborov. K výpočtom sme použili Excel. Mieru zhody a nezahody v odpovediach možno reflektovať vo výučbe a v starostlivosti o zamestnancov.

Keľúčové slová

Dotazník, NOC, správanie podporujúce zdravie, chi-kvadrát test, funkcia CHISQ.TEST.

CHI-SQUARE VERIFICATION OF ACCORD/DISCORD IN GROUPS OF RESPONDENTS, HEALTH CARE STUDENTS AND CARE PROVIDERS, IN ANSWERS TO THE „HEALTH PROMOTING BEHAVIOUR” QUESTIONNAIRE

Abstract

We have been dealing with health issues of health care and social care providers, while observing healthy behaviour aspects in care professionals and students in preparation for health care professions. The NOC classification system has been used as the basis for creating the questionnaire consisting of 23 questions with 1-5 scale answers. With use of the chi-square test, we assess accord in individual responses in the set of respondents. In case of discord, we compare the answers in two sub-sets of respondents. Calculations are performed in Excel. The goal is to use the results in educational practice as well as in care for welfare of employees.

Key words

Questionnaire, NOC, health promoting behaviour, chi-square test, CHISQ TEST fiction.

Úvod

Porovnanie správania podporujúceho zdravie sledujeme s osobitným záujmom u stredoškolských študentov, ktorí sú v príprave na zdravotnícke povolanie. Na druhej strane sledujeme prejavy podporujúce zdravé správanie u platených zamestnancov, ktorí už poskytujú terénne služby klientom v ich prirodzenom prostredí, domácnosti, v zariadeniach sociálnych služieb. K zvolenému postupu využívame poznatky ošetrovateľstva, súbor klasifikačného systému NOC (Nursing Outcomes Classification). Systém je zameraný na výsledky, rozpracúva javy, ktoré vznikajú ako odpovede klienta, sú senzitívne na ošetrovateľstvo, vyjadrujú jeho stav zdravia, správanie, pociťovanie ap. Odlišuje sa napr. od klasifikačného systému NIC (Nursing Interventions Classification), kde sú javom, o ktorý sa zaujímate sesterské činnosti, ošetrovateľské intervencie. [4]

Využívame chi-kvadrát test. Pre jednotlivé otázky overujeme, rozdelenie početností pri hodnotení a ďalšie ukazovatele. Stanovujeme a realizujeme postup, ktorý sa osvedčuje, a ponúka viacero možností využitia v edukačnom procese a v prospech podpory zdravého správania.

1 Otázky dotazníka Správanie podporujúce zdravie a hodnotenie otázok

Dotazník Správanie podporujúce zdravie obsahuje nasledovných 23 otázok:

- O01 Správam sa tak, aby som sa vyhol/la riziku
- O02 Sledujem prostredie z hľadiska rizík zdravia
- O03 Udržiavam spoločenské vzťahy
- O04 Vyvažujem aktivity a odpočinok
- O05 Udržiavam primeraný spánok
- O06 Podporujem akčné plány zdravia
- O07 Sledujem osobné správanie z hľadiska rizík zdravia
- O08 Rutinne dodržiavam zdravé správanie
- O09 Využívam efektívne kontrolu hmotnosti
- O10 Investujem finančné zdroje na podporenie zdravia
- O11 Využívam podporu zo strany spoločnosti na zlepšovanie zdravia
- O12 Pravidelne sa dávam očkovať podľa odporúčaní
- O13 Absolvujem pravidelné zdravotné prehliadky
- O14 Dodržiavam zdravé stravovanie
- O15 Vypijem osem pohárov vody denne
- O16 Chodím na pravidelne opakované kontroly
- O17 Používam účinné techniky redukcie stresu
- O18 Využívam rutinne účinné cvičenia
- O19 Vyhýbam sa vystavovaniu infekčným chorobám
- O20 Vyhýbam sa zadymeným priestorom
- O21 Vyhýbam sa nadmernému užívaniu alkoholu
- O22 Vyhýbam sa užívaniu tabakových výrobkov
- O23 Vyhýbam sa užívaniu drog (ľahkých)

K celkovému hodnoteniu otázky respondentom sme použili 5 bodovú ordinálnu škálu:

- 1- nikdy nepreukazované
- 2- zriedka preukazované
- 3- niekedy preukazované
- 4- často preukazované
- 5- sústavne preukazované

2 Súbor respondentov

Súbor predstavuje 252 respondentov, ktorý sa člení na podsúbor študentov zdravotníckeho odboru (STUD), ktorí sú v 3. ročníku (podsúbor 3ROCZA) a študentov v 4. ročníku (podsúbor 4ROCZA), a podsúbor zamestnancov, ktorí profesionálne poskytujú služby (PROF). Tento podsúbor tvoria z respondenti z Bratislavy (podsúbor OPABA) a z Kirgizska (podsúbor OPAKG). [3]

3 Formulácia úlohy

Na základe dotazníkového prieskumu pre jednotlivé otázky chceme overiť, či rozdelenie početností hodnotení jednotlivých otázok u študentov a zamestnancov je rovnaké alebo rôzne, t.j. či príslušnosť k podsúboru respondentov a individuálnych hodnotení otázky dotazníka jednotlivými respondentmi navzájom nezávisia alebo je prítomná štatisticky významná miera vzájomnej závislosti, čiže testujeme či dosiahnutá skutočnosť (absolútne početnosti respondentov podľa hodnotenie otázky a zároveň podľa príslušnosti k podsúboru) majú rozdelenie ako teoretické nezávisle rozdelenie absolútnych početností ($n_{ij} = (n_{i.} * n_{.j}) / n_{..}$), ktoré vypočítame ako súčin celkového počtu odpovedí príslušnej hodnoty hodnotenia ($n_{i.}$) a celkového počtu respondentov v príslušnom podsúbore ($n_{.j}$) predelený celkovým počtom respondentov ($n_{..}$).

4 Chi-kvadrát test

Počíta test nezávislosti. K vlastnému testu použijeme časť vlastných výpočtov a z Excelu funkciu CHISQ.TEST, ktorá vypočíta p-hodnotu rozdelenia chi-kvadrát (χ^2) pre štatistiku a príslušné stupne voľnosti. Testy χ^2 umožňujú určiť, či sú očakávané výsledky potvrdené experimentom.

Vlastný zápis funkcie je:

CHISQ.TEST (skutočný_rozsah, očakávaný_rozsah)

Ak majú argumenty skutočný_rozsah a očakávaný_rozsah rozdielny počet údajových bodov, funkcia CHISQ.TEST vráti chybovú hodnotu #NEDOSTUPNÝ.

Test χ^2 najprv vypočíta štatistický údaj χ^2 pomocou vzorca:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(A_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (1)$$

kde:

A_{ij} = skutočná frekvencia výskytu v i-tom riadku, j-tom stĺpci

E_{ij} = očakávaná frekvencia výskytu v i-tom riadku, j-tom stĺpci

r = počet riadkov

c = počet stĺpcov

- ↓ Nízka hodnota χ^2 je indikátorom nezávislosti (hodnoty A_{ij} a E_{ij} sú veľmi podobné, potom aj rozdiel ($A_{ij} - E_{ij}$) je blízky k nule a aj hodnota χ^2 sa tak blíži k nule). Z daného vzorca vyplýva, že χ^2 je vždy kladné číslo alebo 0, pričom 0 len v prípade, že $A_{ij} = E_{ij}$ pre všetky hodnoty i, j .
- ↓ Funkcia CHISQ.TEST vypočíta pravdepodobnosť (p-hodnotu) náhodného výskytu štatistickej hodnoty χ^2 minimálne takej, ako je hodnota vypočítaná vyššie uvedeným vzorcom, za predpokladu nezávislosti. Pri výpočte tejto pravdepodobnosti používa funkcia CHISQ.TEST rozloženie χ^2 s príslušným počtom stupňov voľnosti df. Ak $r > 1$ a $c > 1$, potom $df = (r - 1)(c - 1)$. Ak $r = 1$ a $c > 1$, potom $df = c - 1$ alebo ak $r > 1$ a $c = 1$, potom $df = r - 1$. Hodnota $r = c = 1$ nie je povolená a vráti sa chyba #NEDOSTUPNÝ. V našom prípade máme $r=5$ (päťbodová ordinálna škála odpovedí) a $c=2$ (dva podsúbory – STUD a PROF), t.j. počet stupňov voľnosti $df=4$.
- ↓ Funkciu CHISQ.TEST je najvhodnejšie použiť, ak hodnoty E_{ij} nie sú veľmi nízke. Niektorí štatistickí požadujú, aby každá hodnota E_{ij} bola väčšia alebo rovná hodnote 5, prípadne aspoň 2. [2]

5 Postup riešenia úlohy

K dispozícii je súbor „Správanie“, ktorý obsahuje potrebné východiskové údaje. Podsystemom Kontingenčná tabuľka dostaneme prvú časť výstupu s vytriedenými údajmi dotazníka podľa verzií odpovedí na otázky (menovky riadkov) a podsúborov respondentov (menovky stĺpcov) plus celkové počty respondentov tak v riadkoch, tak v stĺpcoch, tak spolu.

Menovky riadkov	STUD	PROF	Celkový súčet
1 - nikdy nepreukazované	9	8	17
2 - zriedka preukazované	10	5	15
3 - niekedy preukazované	40	22	62
4 - často preukazované	30	46	76
5 - sústavnne preukazované	36	46	82
Spolu	125	127	252

Obr.1 Absolútne početnosti (A_{ij}) podľa odpovedí na otázku O01

Z údajov na obr.1 (Celkový súčet) a postupu sformulovaného v závere časti 3. Formulácia úlohy, vypočítame očakávané početnosti ($(E_{ij}) = n_{ij}$) v prípade nezávislosti medzi odpoveďou a ročníkom respondentov. Pre otázku O01 je výstup s E_{ij} na obr.2.

Menovky riadkov	STUD	PROF	Celkový súčet
1 - nikdy nepreukazované	8,4	8,6	17
2 - zriedka preukazované	7,4	7,6	15
3 - niekedy preukazované	30,8	31,2	62
4 - často preukazované	37,7	38,3	76
5 - sústavnne preukazované	40,7	41,3	82
Spolu	125	127	252

Obr.2 Očakávané početnosti (E_{ij}) podľa odpovedí na otázku O01v prípade nezávislosti

Za otázku O01 z údajov na obr.1 vypočítame očakávané početnosti v prípade nezávislosti medzi podsúborom STUD a PROF. Z údajov na obr.2 vypočítané jednotlivé **sčítance** sumy pre výpočet chí-kvadrát štatistiky (1) a suma týchto sčítancov (11,52) je druhom stĺpci tab.1. Vypočítaná p-hodnota chí-kvadrát testu 0,0213 je v treťom stĺpci. K jej výpočtu sa použila funkcie CHISQ.TEST. V prípade, že p-hodnota je viac ako alfa=0,05 môžeme konštatovať nezávislosť medzi odpoveďami na otázku testu a podsúborom pôvodu respondenta, t.j. odpovede študentov (STUD) a profesionálov (PROF) na danú otázku môžeme považovať za štatisticky zhodné a v prípade, že je menej ich môžeme považovať za rôzne. [1]

Postupne zrealizujeme výpočty pre každú z otázok O01 až O23 a výsledky sústredíme v tab.1.

Vidíme, že len za štyri otázky máme štatisticky rozličné odpovede (tab.2).

Tab. 1 Výsledky chí-kvadrát testu pre jednotlivé otázky

Otázka	χ^2	p	STUD = PROF	Text otázky
O01	11,52	0,0213	≠	Správam sa tak, aby som sa vyhol/la riziku
O02	9,50	0,0498	≠	Sledujem prostredie z hľadiska rizík zdravia
O03	194,80	0,0000	≠	Udržiavam spoločenské vzťahy
O04	3,77	0,4383	=	Vyvažujem aktivity a odpočinok
O05	3,57	0,4668	=	Udržiavam primeraný spánok
O06	4,21	0,3784	=	Podporujem akčné plány zdravia
O07	5,41	0,2476	=	Sledujem osobné správanie z hľadiska rizík zdravia
O08	8,16	0,0860	=	Rutinne dodržiavam zdravé správanie
O09	23,73	0,0001	≠	Využívam efektívne kontrolu hmotnosti
O10	4,89	0,2988	=	Investujem finančné zdroje na podporenie zdravia
O11	8,25	0,0827	=	Využívam podporu zo strany spoločnosti na zlepšovanie zdravia
O12	1,26	0,8689	=	Pravidelne sa dávam očkovať podľa odporúčaní
O13	4,26	0,3720	=	Absolvujem pravidelné zdravotné prehliadky
O14	5,69	0,2236	=	Dodržiavam zdravé stravovanie
O15	2,79	0,5935	=	Vypijem osem pohárov vody
O16	1,73	0,7854	=	Chodím na pravidelne opakované kontroly
O17	1,26	0,8687	=	Používam účinné techniky redukcie stresu
O18	0,94	0,9183	=	Využívam rutinne účinné cvičenia
O19	9,05	0,0598	=	Vyhýbam sa vystavovaniu infekčným chorobám
O20	6,94	0,1391	=	Vyhýbam sa zadymeným priestorom
O21	0,16	0,9968	=	Vyhýbam sa nadmernému užívaniu alkoholu
O22	4,69	0,3209	=	Vyhýbam sa užívaniu tabakových výrobkov
O23	6,52	0,1638	=	Vyhýbam sa užívaniu drog (ľahkých)

6 Analýza rozdielov v pohľadoch respondentov STUD a PROF

Tab. 2 Nezhody v otázkach

Otázka	χ^2	p	Text otázky
O03	194,80	0,0000	Udržiavam spoločenské vzťahy
O09	23,73	0,0001	Využívam efektívne kontrolu hmotnosti
O01	11,52	0,0213	Správam sa tak, aby som sa vyhol/la riziku
O02	9,50	0,0498	Sledujem prostredie z hľadiska rizík zdravia

Nezhody medzi rozdeleniami odpovedí na otázky O01 až O23 sú minimálne. Len v štyroch otázkach môžeme konštatovať rozdielnosť rozdelenia odpovedí.

Najvyšší rozdiel je v odpovediach na otázku 3 „Udržiavam spoločenské vzťahy“. V tab.3 vidíme, že miera udržiavanie spoločenských vzťahov v hodnotení PROF 5-sústavne a 4-často oproti STUD vyššia a pri 3-niekedy, 2- zriedka a 1-nikdy nižšia. Posun smerom k udržiavaniu spoločenských vzťahov s rastúcim vekom respondenta považujeme za prirodzený.

Tab. 3 Udržiavam spoločenské vzťahy

Menovky riadkov –O03	Počet STUD	Počet PROF	%STUD	%PROF	Spolu	%Spolu
1 - nikdy nepreukazované	7	3	6%	2%	10	4%
2 - zriedka preukazované	19	15	15%	12%	34	13%
3 - niekedy preukazované	41	20	33%	16%	61	24%
4 - často preukazované	32	52	26%	41%	84	33%
5 - sústavne preukazované	26	37	21%	29%	63	25%
Spolu	125	127	100%	100%	252	100%

V otázke O09 o efektívnom využívaní kontroly hmotnosti v tab. 4 vidíme, že 4-často a 5-sústavne podsúbor PROF realizuje častejšie ako STUD pri skoro zhode pri 3- niekedy. Opäť prejav objektívneho prístupu s efektívnejším preukazovaním kontroly hmotnosti s postupom veku.

Tab. 4 Využívam efektívne kontrolu hmotnosti

Menovky riadkov - O09	Počet STUD	Počet PROF	%STUD	%PROF	Spolu	%Spolu
1 - nikdy nepreukazované	12	4	10%	3%	16	6%
2 - zriedka preukazované	35	13	28%	10%	48	19%
3 - niekedy preukazované	48	51	38%	40%	99	39%
4 - často preukazované	18	33	14%	26%	51	20%
5 - sústavne preukazované	12	26	10%	20%	38	15%
Spolu	125	127	100%	100%	252	100%

Tab. 5 Správam sa tak, aby som sa vyhol/la riziku

Menovky riadkov - O01	Počet STUD	Počet PROF	%STUD	%PROF	Spolu	%Spolu
1 - nikdy nepreukazované	9	8	7%	6%	17	7%
2 - zriedka preukazované	10	5	8%	4%	15	6%
3 - niekedy preukazované	40	22	32%	17%	62	25%
4 - často preukazované	30	46	24%	36%	76	30%
5 - sústavne preukazované	36	46	29%	36%	82	33%
Spolu	125	127	100%	100%	252	100%

Pri otázke Správam sa tak, aby som sa vyhol/la riziku v tab. 5 (otázka O01) vidíme posun v odpovediach podsúboru STUD k podsúboru PROF pri 5-sústavne preukazované a 4-často preukazované do hlavne 3-niekedy preukazované v postupe z 3. do 4. ročníka. Skúsenosť respondentov podsúboru PROF má vyššiu snahu vyhnúť sa riziku ako respondenti podsúboru STUD.

Tab.6 Sledujem prostredie z hľadiska rizík zdravia

Menovky riadkov - O02	Počet STUD	Počet PROF	%STUD	%PROF	Spolu	%Spolu
1 - nikdy nepreukazované	7	3	6%	2%	10	7%
2 - zriedka preukazované	16	7	13%	6%	23	8%
3 - niekedy preukazované	32	26	26%	20%	58	32%
4 - často preukazované	32	49	26%	39%	81	24%
5 - sústavne preukazované	38	42	30%	33%	80	29%
Spolu	125	127	100%	100%	252	100%

Pri otázke Sledujem prostredie z hľadiska rizík zdravia v tab.6 (otázka O02) vidíme posun v odpovediach podsúboru STUD k podsúboru PROF pri 5-sústavne preukazované a 4-často preukazované do hlavne 3-niekedy preukazované v postupe z 3. do 4. ročníka. Podobne ako v predchádzajúcej otázke respondenti podsúboru PROF preukazujú vyššiu snahu vyhnúť sa riziku ako respondenti podsúboru STUD.

7 Záver

Vysoká miera zhody v odpovediach na jednotlivé otázky naznačuje prítomnosť podobných „génov“ prejavov u respondentov z podsúboru STUD a PROF. Ďalšia analýza položiek „nikdy“, „zriedka“ preukazované umožní zamerať pozornosť na zistené aspekty podpory zdravého správania, ktoré či už vo výučbe alebo v praxi poskytovania služieb je potrebné posilňovať.

Literatúra

- [1] [1] CHAJDIK, J. 2010. *Štatistika jednoducho*. 3. Vydanie. Bratislava: Statistika, 2010. 194 s. ISBN 80-85659- 60-3.
- [2] [2] CHAJDIK, J. 2009. *Štatistika v Exceli 2007.1*. Vydanie. Bratislava: Statistika, 2009. 304 s. ISBN 80- 85659- 49-8.

- [3] [3] KRIŠKOVÁ, A. 2011. *Model' razvitia uslug v partnerstve Slovakia – Kyrgyzstan* (Model rozvoja služieb v spolupráci Slovensko – Kirgizsko).1.Vydanie. Martin: Osveta, 2011. 75s. ISBN 978-80-8063-357-8.
- [4] [4] MOORHEAD, S`JOHNSON, M., MAAS, L.M., SWANSON, E. 2008. *Nursing Outcomes Classification*. 4.Vydanie. Missouri, USA: Mosby Elsevier. 2008, 912 s. ISBN 978-0-323-05408-9.

Príspevok bol spracovaný pri riešení úlohy VEGA č. 1/1164/12 „Možnosti uplatnenia informačných a komunikačných technológií na zvyšovanie efektívnosti medzinárodnej spolupráce malých a stredných podnikov SR v oblasti inovácií“

Kontaktné údaje

Jozef Chajdiak, Doc. Ing., CSc.

ÚM STU, Vazovova 5

811 07 Bratislava

e-mail: chajdiak@statis.biz

Anna Krišková, PhDr., PhD.

Katedra zdravotníckych štúdií VŠPJ

Pracovisko: SSOŠ JSS, Lachova 1

851 03 Bratislava

e-mail: a.kriskova1@gmail.com

USPORIADANIE UKAZOVATEĽOV EMOČNÉHO ZDRAVIA POSKYTOVATEĽOV STAROSTLIVOSTI PODĽA MIERY VYROVNANOSTI

Jozef Chajdiak, Anna Krišková

Katedra zdravotníckych štúdií VŠPJ

Abstrakt

Zameriavame sa na emočné zdravie poskytovateľov, ktorí zabezpečujú starostlivosť seniorom terénou formou. V rámci analýzy zisťujeme mieru vyrovnanosti 15 ukazovateľov, ktorých mieru respondent hodnotí na 5 bodovej poradovej škále. Za súbor respondentov sme vypočítali priemerné bodové ohodnotenie ukazovateľa. Ukazovatele dotazníka sme usporiadali podľa výšky tohto hodnotenia. Výsledky sú prezentované podľa vstupného poradia otázok v dotazníku a podľa ich intenzity bodového hodnotenia respondentov. Ako východisko zostavenia položiek dotazníka vyberáme súbor z klasifikácie výsledkov ošetrovateľstva (NOC), ktorý má súčasne dopad na výber edukačných aktivít.

Kľúčové slová

Emočné zdravie, priemerné hodnotenie, usporiadanie, klasifikačný súbor NOC.

CLASSIFICATION OF EMOTIONAL HEALTH INDICATORS IN HEALTH CARE PROVIDERS AS IDENTIFIED BASED ON THE LEVEL OF BALANCE

Abstract

We focused on emotional health in health care providers who have been delivering field care to senior clients. Using 15 indicators, we analyzed the level of balance, while each of the respondents assigned every indicator a certain point value on the 1 – 5 scale. Based on individual evaluations, we calculated the average value per indicator and we re-arranged the questionnaire indicators accordingly. The results are presented according to the initial order of the questions and according to the value assigned to each of them by respondents. The set of questionnaire items was based on the Nursing Outcomes Classification (NOC) system, which, at the same time, influenced the choice of educational activities.

Key words

Questionnaire, NOC, emotional health, mean, arrangement.

Úvod

Sledujeme emočné zdravie u súboru poskytovateľiek/ov sociálnych služieb, ktorí poskytujú starostlivosť na profesionálnej báze, formou terénnej služby v domácnosti, v byte seniora/klienta, prijímateľa sociálnych služieb v mestskej aglomerácii. Trend starnutia

pracovnej sily sa nevyhýba ani poskytovateľom starostlivosti, otvára problematiku emočného zdravia a vedie náš záujem vykonať ciele kroky na jeho udržanie a podporu. Zameriavame sa na určenie platných ukazovateľov emočného zdravia pre nami identifikovanú skupinu. Volíme prístup s využitím dotazníka.

Východiskom k výberu ukazovateľov do dotazníka je súbor z klasifikácie výsledkov ošetrovateľstva, 2506 - Emočné zdravie poskytovateľa starostlivosti (NOC – Nursing Outcomes Classification; Caregiver Emotional Health). Autori NOC uvádzajú, že: “ aj keď sa zdôrazňujú výsledky senzitivne na sesterské činnosti... klasifikáciu môžu využívať všetky odbory interdisciplinárneho tímu. Ich použitie poskytne úpravu podľa jednotného vzoru a možnosť výberu jednotlivých indikátorov, vhodných pre jednotlivé disciplíny“. [4] Koncept ošetrovateľských intervencií zahŕňa závislé a nezávislé činnosti sestry. [5] Členenie činností má všeobecnú platnosť.

Posúdenie ukazovateľov emočného zdravia u poskytovateľov podľa miery vyrovnanosti predstavuje jeden z dôležitých aspektov prístupu orientovaného na výsledky v uvedenej oblasti. Zistenia vyjadrujú hodnotovú orientáciu dopytovanej skupiny respondentov a umožňujú cieľavedomejšie orientovať aktivity na podporu a rozvoj emočného zdravia z hľadiska jednotlivca i záujmu komunity. Zistenia budeme začleňovať do širšieho, medzinárodného kontextu, so začlenením respondentov – poskytovateľov starostlivosti z inej krajiny. [3]

1 Otázky dotazníka Emočné zdravie poskytovateľa starostlivosti

Dotazník Emočné zdravie poskytovateľa starostlivosti obsahuje nasledovných 15 otázok (ukazovateľov):

- O01 Spokojnosť so životom
- O02 Pociťovanie kontroly
- O03 Sebaúcta
- O04 Nahnevanosť
- O05 Neznášanlivosť
- O06 Vina
- O07 Depresia
- O08 Frustrácia
- O09 Rozpornosť vzhľadom na situáciu
- O10 Istota do budúcnosti
- O11 Pociťovanie sociálnych súvislostí
- O12 Pociťovanie emočnej pohody
- O13 Závaž
- O14 Primeranosť zdrojov
- O15 Užívanie psychotropných látok

2 Súbor respondentov

Súbor respondentov predstavuje 80 platených poskytovateľov starostlivosti, z toho sú 2 muži.

Počty vzhľadom na dĺžku praxe v starostlivosti o seniorov/klientov sú u opytovanej skupiny respondentov nasledujúce:

Prax -roky	Počet	% podiel
do 1	6	7,50%
2-5	26	32,50%
6-10	15	18,75%
11-20	27	33,75%
21 a viac	6	7,50%
Spolu	80	100%

Počty vzhľadom na vek sú u opytovanej skupiny respondentov nasledujúce:

Vek	Počet	% podiel
NAJMLAD (DO 20)	5	6,25%
MLADSI (21-35)	22	27,50%
STRED (36-45)	18	22,50%
STARSI (46-55)	28	35,00%
NAJSTAR (56 A VIAC)	7	8,75%
Spolu	80	100%

Súbor je reprezentatívny z pohľadu zastúpenia respondentov a charakteru vykonávaných odborných činností. Všetci respondenti poskytujú služby v kontextu mestskej aglomerácie a jej výhody/nevýhody vrátane transportu, dostupnosti miesta výkonu/pracoviska, rozmiestnenia domácností klientov sú rovnaké ak zvažujeme ich dopad na nami sledovanú problematiku emočného zdravia poskytovateľov. Súbor nezohľadňuje osobitosti podmienok na vidieku.

3 Hodnotenie otázok

K celkovému hodnoteniu otázky respondentom používame 5 bodovú ordinálnu škálu:

- 1 - maximálne vyrovnaný
- 2 - podstatne vyrovnaný
- 3 - stredne vyrovnaný
- 4 - mierne vyrovnaný
- 5 – nevyrovnaný

Nech j je označenie j -tej otázky ($j = O01, O02, \dots, O15$). Nech i je označenie i -teho respondenta v súbore respondentov ($i = 1, 2, n_j$). Nech b_{ij} je ohodnotenie pocitu i -teho respondenta na j -tu otázku pomocou 5 bodovej škály.

Celkové hodnotenie j -tej otázky vyjadríme priemerom bodového ohodnotenia individuálnych hodnotení respondentov na túto otázku:

$$\bar{b}_j = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} b_{ij}}{n_j}$$

Čím vyššie individuálne bodové hodnotenie jednotlivých respondentov na otázku, tým je vyššie priemerné bodové hodnotenie tejto otázky a tým je významnejší daný ukazovateľ sformulovaný v otázke v danom smere.

Výška priemerného bodového hodnotenia jednotlivých otázok umožňuje ich usporiadať podľa dôležitosti z pohľadu predmetnej skupiny respondentov (najnižšia hodnota – najväčšia vyrovnanosť, ..., najväčšia hodnota – najmenšia vyrovnanosť). [1]

4 Priemerné bodové výsledky a ich usporiadanie

K výpočtu priemerných bodových ohodnotení jednotlivých otázok používame podsystém.

Kontingenčná tabuľka v Exceli.[2] Vypočítali sa priemery zo stĺpcov s odpoveďami na otázky O01 až O15.

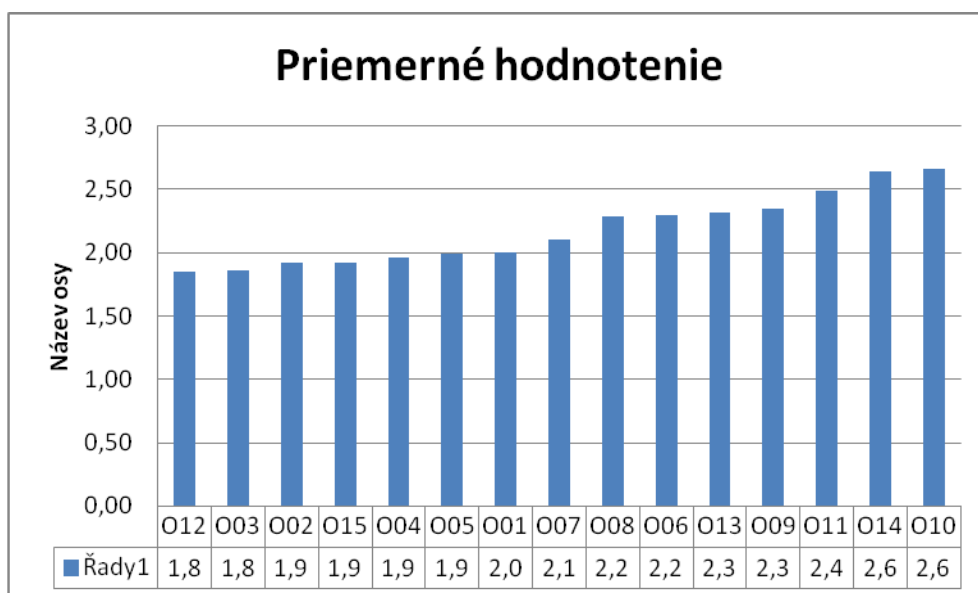
5 Prezentácia výsledkov usporiadania

Na obrázkoch 1 a 2 sú pracovné verzie výstupov analýzy podľa priemerného hodnotenia príslušných otázok súborom respondentov. Obrázok 1 obsahuje priemerné hodnotenie otázok, pričom hodnoty priemerov pre otázky sú usporiadané podľa vstupného poradia otázok a obrázok 2 obsahuje to isté len otázky sú usporiadané podľa veľkosti priemerného hodnotenia.

Formálne upravenú verziu výstupu máme v tabuľke 1, 2. Otázky môžeme zaradiť do skupín (O23,O21,O22), (O19,O02,O20, O01,O03,O07), (O13,O08,O16, O05,O04), (O15,O14,O10), (O17,O06,O09,O18,O12,O11.)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3	Hodnoty							
4	Priemer z E1	2,00						
5	Priemer z E2	1,92						
6	Priemer z E3	1,86						
7	Priemer z E4	1,96						
8	Priemer z E5	1,99						
9	Priemer z E6	2,29						
10	Priemer z E7	2,10						
11	Priemer z E8	2,28						
12	Priemer z E9	2,35						
13	Priemer z E10	2,67						
14	Priemer z E11	2,49						
15	Priemer z E12	1,85						
16	Priemer z E13	2,32						
17	Priemer z E14	2,64						
18	Priemer z E15	1,92						
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								

Obr. 1: Výstup podsystému Kontingenčná tabuľka



Obr. 2: Výstup podsystemu Kontingenčná tabuľka usporiadaný podľa priemerov

Tab.1: Usporiadanie otázok dotazníka podľa priemerného hodnotenia

Poradie	Otázka	Priemer	Text otázky
7	O01	2,00	Spokojnosť so životom
3	O02	1,92	Pocit'ovanie kontroly
2	O03	1,86	Sebaúcta
5	O04	1,96	Nahnevanosť
6	O05	1,99	Neznášateľnosť
10	O06	2,29	Vina
8	O07	2,10	Depresia
9	O08	2,28	Frustrácia
12	O09	2,35	Rozpornosť vzhľadom na situáciu
15	O10	2,67	Istota do budúcnosti
13	O11	2,49	Pocit'ovanie sociálnych súvislostí
1	O12	1,85	Pocit'ovanie emočnej pohody
11	O13	2,32	Záťaž
14	O14	2,64	Primeranosť zdrojov
4	O15	1,92	Užívanie psychotropných látok

Tab.2: Usporiadanie otázok dotazníka podľa priemerného hodnotenia

Poradie	Otázka	Priemer	Text otázky
1	O12	1,85	Pocit'ovanie emočnej pohody
2	O03	1,86	Sebaúcta
3	O02	1,92	Pocit'ovanie kontroly
4	O15	1,92	Užívanie psychotropných látok
5	O04	1,96	Nahnevanosť
6	O05	1,99	Neznášateľnosť
7	O01	2,00	Spokojnosť so životom

8	O07	2,10	Depresia
9	O08	2,28	Frustrácia
10	O06	2,29	Vina
11	O13	2,32	Záťaž
12	O09	2,35	Rozpornosť vzhľadom na situáciu
13	O11	2,49	Pociťovanie sociálnych súvislostí
14	O14	2,64	Primeranosť zdrojov
15	O10	2,67	Istota do budúcnosti

V uvedených odpovediach respondentov je vykazovaná tendencia pociťovať emočnú pohodu. Užívanie psychotropných látok má nízku tendenciu. Nahnevanosť, neznášanlivosť, nespokojnosť so životom, depresia, frustrácia, pociťovanie viny, záťaž sú nežiaduce fenomény. Tendencia ich prejavov vykazuje stredný rozsah. Situácie starostlivosti, ktoré prinášajú rozpornosť záväzkov ako sú napr. zamestnanie, kariéra a/alebo starostlivosť, opatrovanie; pociťovanie sociálnych súvislostí, primeranosť zdrojov, istota do budúcnosti vykazujú vyšší negatívny dopad na emočné zdravie poskytovateľa.

Slabou stránkou je chýbanie presných definícií jednotlivých pojmov ako napr. „*pociťovanie kontroly*“, čo môže ovplyvniť interpretáciu dosiahnutého výsledku.

Silnou stránkou je, že iniciujeme zameranosť na prejavy emočného zdravia, čo má v kontexte priameho kontaktu poskytovateľ – klient a práce v multidisciplinárnom tíme, vysokú prioritu.

6 Záver

Usporiadáním ukazovateľov emočného zdravia poskytovateľov starostlivosti podľa miery vyrovnanosti reflektujeme potrebu sledovať emočné zdravie poskytovateľov starostlivosti. Sústreďujeme pozornosť na identifikované oblasti, ktorých špecifikáciou sa zaoberá súbor z klasifikácie NOC. Ďalšie usporiadanie a spracovanie údajov v režime Kontingenčná tabuľka v exceli umožňuje identifikovať fenomény, ktoré vyžadujú pozornosť a ich následne premietnutie do činností na podporu zlepšovania emočného zdravia.

Príspevok bol spracovaný pri riešení úlohy VEGA č. 1/1164/12 „Možnosti uplatnenia informačných a komunikačných technológií na zvyšovanie efektívnosti medzinárodnej spolupráce malých a stredných podnikov SR v oblasti inovácií“ má všeobecnú platnosť.

Literatúra

- [1] CHAJDIAK, J. 2010. *Štatistika jednoducho*. 3. Vydanie. Bratislava: Statis, 2010. 194 s. ISBN 80-85659- 60-3.
- [2] CHAJDIAK, J. 2009. *Štatistika v Exceli 2007*. 1. Vydanie. Bratislava: Statis, 2009. 304 s. ISBN 80- 85659- 49-8.
- [3] KRIŠKOVÁ, A., SCHLARMANNOVÁ, J., PIRNAZAROVA, G. 2011. *Personal i ulučenie uslug. Sbornik meždunarodnovo projekta*. (Personál a zlepšovanie služieb. Zborník medzinárodného projektu). 1. Vydanie. Martin: Osveta, 2011. 123s. ISBN 978-80-063-355-4.

- [4] MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, L.M., SWANSON, E. 2008. *Nursing Outcomes Classification*. 4.Vydanie. Missouri, USA: Mosby Elsevier. 2008, 912 s. ISBN 978-0-323-05408-9.
- [5] VÖROSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. 1.Vydanie. Martin: Osveta, 2007.113.s. ISBN 978-80-8063-242-7.

Kontaktné údaje

Jozef Chajdiak, Doc.Ing.,CSc.
ÚM STU, Vazovova 5
8117 Bratislava
e-mail: chajdiak@statis.biz

Anna Krišková, PhDr., PhD.
Katedra zdravotníckych štúdií VŠPJ
Pracovisko: SSOŠ JSS, Lachova 1
851 03 Bratislava
e-mail: a.kriskova1@gmail.com

USE OF SPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF LEIOMYOMA OF UTERUS AT DIFFERENT TYPES OF OBESITY

Pavlo Iavorskyi

Zhitomir Nursing Institute, Ukraine

Abstract

The article describes results of using computed tomography in the diagnosis of uterine leiomyoma at combined obesity with topographic anatomic changes of internal organs in women.

Key words

Leiomyoma of uterus, obesity.

POUŽITIE ŠPIRÁLOVÉHO CT VYŠETRENIA V DIAGNOSTIKE LEIOMYÓMU UTERU U ROZLIČNÝCH TYPOV OBEZITY

Abstrakt

V predkladanom článku uvádzame výsledky použitia CT v diagnostike uterínneho leiomyomu u pacientiek s orgánovými zmenami v dôsledku obezity.

Kľúčové slová

Leiomyóm uteru – obezita.

Introduction

Obesity is one of the most common diseases of the population of developed countries, where a quarter of the population has a weight that exceeds the norm. The presence of obesity leads to disorders of women's reproductive function or aggravating existing deviation [Nikolaev VG 2005, Khymych S. D. 1994]. Obesity and its associated metabolic disorders today went far beyond the scope of endocrinologic and cardiac problems, including any branch of medicine. As a risk factor for many serious diseases, obesity is a huge threat to the health of mankind, overwhelming developed countries with the speed of an epidemic. At the same time, the level of disease causally related to obesity is increasing [Seidell J.C., 2000]

We consider obesity as a condition associated with excess of oestrogen production, which correlates with body weight and amount of adipose tissue. Hyperestrogenic state may be due to excessive conversion of androgens into oestrogen, which occurs in obesity by increasing aromatase activity in adipose tissue and decreasing the concentrations of sex steroids, which leads to free oestrogen excess [Dvoryashyna I. V. 2001, Nikolaev V. G. 2005, Cormack A.M., 1992].

In addition, obesity is combined with a lower formation of inactive metabolites of 17 β -estradiol (2-hydroxyestrogens) and a high production of active metabolites. Against the background of hyperestrogeny and progesterone-deficient state the proliferative phase of endometrium is prolonged, leading to the development of endometrial hyperplasia, which is manifested by bleeding in 50-60% of women with obesity [Oliynychenko A. V., 2005, Khymych S.D.1994, Hounsfield G. N. 1992].

In obesity there is an increased risk not only of hyperplastic processes, of uterine leiomyoma development, but also of endometrial, ovarian and breast cancer.

The object of the study is the possibility to use computed tomography in the diagnosis of uterine leiomyoma at the combined obesity and detection of topographic anatomic changes of internal organs in women.

Materials and methods

According to the object, we have investigated relevant risk of diseases of the reproductive system in 425 women with obesity exactly due to the nature of the distribution of adipose tissue, forming gluteofemoral (gynoid) and abdominal-visceral (android) type of obesity.

IV clinical groups were formed : I group - patients with LU (leiomyoma of uterus) without obesity (155 women); II group - patients with 1st stage obesity and LM, (142 women); III group - 146 patients with 2nd stage obesity and IV group - 137 patients with 3rd -4th stage obesity and LU.

Entry criteria: presence of obesity, reproductive age (from 18 to 44). Exclusion criteria: presence of organic lesions of the hypothalamic-pituitary area. The average age of examined patients was $34,1 \pm 1,7$. Randomization was carried out by the stage of obesity, age, period of the disease, uterine size, myoma size and number of nodes, concomitant gynaecological diseases, extragenital pathology.

Visualization of the abdominal cavity and retroperitoneal space was carried out by sonographic machines SC 240 produced by «Pie Medical» firm and ultrasound scanner «Toshiba SSA-convex 3.75 MHz transducer using standardized ultrasound examination of abdominal cavity and computer processing of digital images.

Computer spiral tomography using the apparatus «Activion 16 Tochiba» and Vistron auxiliary device for intravenous bolus opacification with organometry and densitometry, determining the area of subcutaneous adipose tissue (SAT), the area of internal adipose tissue (IAT), which included the areas of mesenteric, omental and retroperitoneal adipose tissue as well as total adipose tissue area (TAT), which included the SAT and IAT areas. Content (percentage) of internal fat was determined by the formula.

$$CIAT = IAT \text{ area} \times 100 / TAT \text{ area}$$

Where CIAT - internal adipose tissue content,%;

IAT - internal adipose tissue, cm;

TAT - total adipose tissue, cm².

The data were subjected to statistical processing using STATISTICA 6,0 program for Windows. The reliability of differences of quantitative indicators was verified using the Wilcoxon-Mann-Whitney's U criterion. Qualitative characteristics were compared using Fisher's exact test. To determine the existence of functional relationships between the parameters Spearman rank correlation (Rho) coefficient was calculated.

Results. Discussion

The results of studying the correlation of adipose tissue topography and related changes in the topography of the pelvic organs with the development of uterine leiomyoma allowed to consider the gluteofemoral type of obesity not only as one of possible independent risk factors of uterine leiomyoma development but also as a factor of topographic anatomic changes in the location of the pelvic organs. It is the nature of the distribution of adipose tissue in the body that determines the risk of obesity related topographic, anatomic and metabolic changes, which is important when examining women with obesity.

Excessive depot fat of intra-abdominal adipose tissue is combined with atherogenic lipoprotein profile, characterized by: hypertriglyceridemia increased low-density lipoprotein and reduced high density lipoprotein concentration in serum as well as predisposition to thrombosis. The state of lipid metabolism in female patients of reproductive age with obesity in contrast to the comparison group was characterized by higher indices of serum atherogenic lipid fractions: Chol - $5,4 \pm 0,9$ and $4,5 \pm 0,9$ mmol / l ($p = 0,001$), LDL cholesterol - $3,5 \pm 0,8$ and $2,6 \pm 0,9$ mmol / l ($p < 0,001$), TG - $1,8 \pm 0,8$ and $0,8 \pm 0,3$ mmol / l ($p < 0,001$) and low indices of anti-atherogenic fractions of HDL-C $1,2 \pm 0,4$ and $1,5 \pm 0,5$ mmol / l ($p = 0,005$), respectively.

Most anthropometric and organometric indicators, except height, were statistically admissible differences in women with uterine leiomyoma at obesity, compared to the control group.

Such measures as volume of internal fat, weight of all adipose tissue, the part of the area of internal fat etc. differed particularly considerably.

A comparative analysis of patients, depending on the value of the waist / hip ratio (WHR) was carried out. Two groups of patients were formed. The first consisted of women whose WHR exceed 0.9, i.e., with the abdominal (visceral) obesity type predominantly. The second group included women with WHR $< 0,9$. They showed mainly gluteofemoral (subcutaneous) type of obesity. Combined distribution of adipose tissue was observed in 60% of patients with obesity, gluteofemoral one in about 40% ($p = 0,001$) in women with uterine leiomyoma (**Figure 1 a, b**).

Fig. 1 a, b. Changes of topographic anatomic location of internal organs at leiomyoma of uterus in women with obesity of gluteofemoral type (spiral computed tomography).



Meanwhile, organometric indices of the adipose tissue area obtained by ray imaging techniques, correlated with anthropometric parameters such as BMI, WHR, sagittal diameter, the inner volume of adipose tissue, the part of fat mass in the body, computed by values for height, weight and sagittal diameter, which are determined by anthropometry.

Thus, the correlation coefficient between the volume of internal adipose tissue area and internal fat area in the cut at the level of L5-S2 is $d = +0,92 \pm 0,01$.

The correlation coefficient between BMI and the part of adipose tissue in the body is $d = +0,84 \pm 0,02$.

The correlation coefficient between the WHR and the area of internal fat is $d = +0,79 \pm 0,03$.

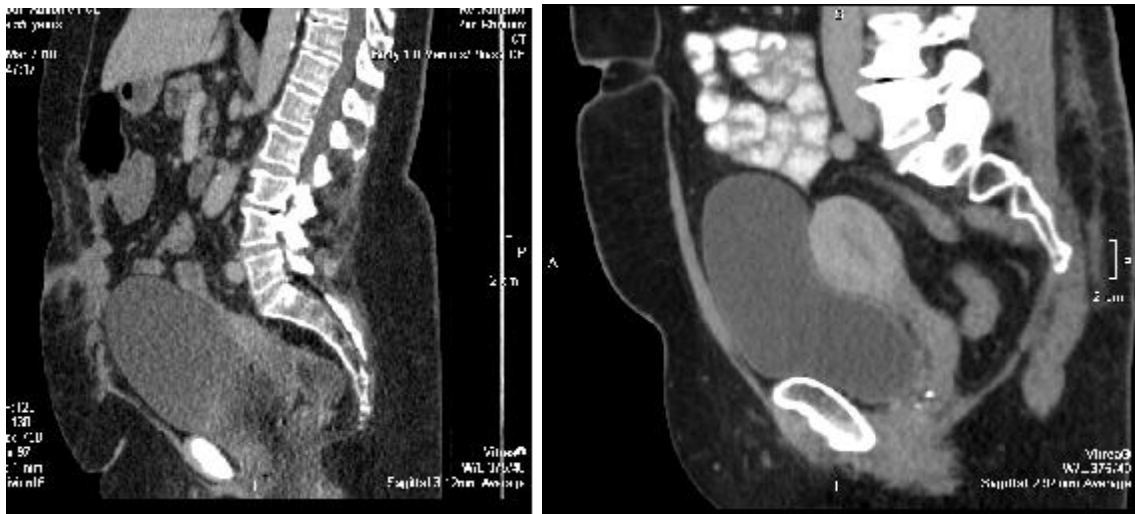
The ratio of subcutaneous adipose tissue to the internal fat was less than 1.35 units. Normally this ratio is in the range of 1,5-1,7 units.

A close level of the direct correlation link was found between BMI and fat content in the body: $d = +0,89 \pm 0,02$.

The high degree of direct correlation (correlation coefficient $d = +0,80 \pm 0,02$) was obtained between the WHR and the percentage of adipose tissue.

While examining anatomic topographic changes of the leiomyoma location in women with obesity using the spiral computed tomography, it was revealed that, due to the combined obesity, the topography of internal reproductive organs changes. (**Figure 2**)

Fig. 2a, b. Change the location of the pelvic organs at obesity in women with uterine leiomyoma (spiral computed tomography)



Under a uterine leiomyoma in women with the abdominal obesity disorders develop early and the circuit is asymptomatic, long before clinical manifestations that may result from reduction of pain sensitivity.

Moreover, a direct correlation is observed: with increasing degree of obesity the threshold of pain sensitivity increases, too, in general satisfactory condition, which is the major cause of complications in diseases of the abdominal cavity, including the uterus, resulting in late hospitalization of women.

These data testify to the effect that with increasing degree of obesity the thickness of the abdominal wall increases significantly due to the proliferation of subcutaneous fat. (Figure 3).

Fig. 3a, b. Option of topographic anatomic changes of the location of the pelvic organs at leiomyoma of uterus in women with obesity of combined type (spiral computed tomography)



Moreover, in the gluteofemoral type of fat cells deposition, this coincides with the data that, in the first place, estrogens stimulate the proliferation of adipocyte size of adipose tissue of abdomen and thighs (Ya. Taton, 1981). In women with obesity the deposition of fat was observed mainly in the abdominal wall or at the same time in the abdominal wall and abdomen.

So, there are three types of adipopexia: the abdominal wall (extra-abdominal), the predominant adipopexia in the cavity of the abdomen (intra-abdominal), and adipopexia in the abdominal wall and abdominal cavity (combined).

The excrescence of subcutaneous adipose tissue of the abdominal wall leads to changes in muscle fibres of the abdominal muscles, which causes their amyotonia, and adipopexia in the abdominal cavity lead to a change in the topography of the abdomen and small pelvis.

Conclusions and prospects for further development

1. Thus, according to spiral computed tomography, a direct relationship is shown between the development of combined type of obesity in women with uterine leiomyoma and changes of the topography of the pelvic organs, especially at the III-IV stages of obesity, which leads to difficult and late leiomyoma diagnosis in women with obesity on the background of changing symptoms and their late visit to a doctor.

2. Recent advances in imaging internal organs allow medicine to go to a new level of diagnosis and patient safety. Detection of disease became possible in the early stages at timely visit to a patient care institution.

Prospects for further research in this area consist in informativity and diagnosis of tumours and tumour-like masses, and for the clarification of differential tumour diagnosis, the diagnosis of extended growth and malignancy of tumours, the evaluation of the treatment efficacy.

Literature

- [1] Dvoryashyna I. V. Computed tomography and anthropometric measurement in diagnosis of visceral obesity in men / I. V. Dvoryashyna, T. N. Ivanova, I. A. Rogozina et al. // Problems of endocrinology. -2001 .- № 3.-S. 18-22.
- [2] Nikolaev V.G. Methods of the evaluation of the individually-topologic features of the physical development of the human / V. G. Nikolaev, E. P. Sharaykyna, L. V. Syndeeva et al. // -Krasnoyarsk: Kramna, 2005. -110 p.
- [3] Oliynychenko A. *In*. The use of computer technology in anthropometry / AV Oliynychenko, V. 3.Sviridyuk // Information technology in health care and medical practice. - K., 2005. -P. 88-89.
- [4] Khymych S.D. The value of anthropometric indices in determining the stage of obesity / Khymych SD // Actual problems of morphology: Theses of the 1st National congress of

anatomists, histologists, embryologists and topographoanatomists of Ukraine. - Ivano-Frankivsk, 1994.-S182-183.

- [5] Cormack A. M. Early two-dimensional reconstruction and recent topics stemming from it // Nobel Lectures in Physiology or Medicine 1971-1980. - World Scientific Publishing Co., 1992. - P. 551-563
- [6] Hounsfield G. N. Computed Medical Imaging // Nobel Lectures in Physiology or Medicine 1971-1980. - World Scientific Publishing Co., 1992. - P. 568-586

Contact

Pavlo Iavorskyi
Zhitomir Nursing Institute
St.V. Berdichevskaya 46/15
Zhitomir, 10002, Ukraine

ÚLOHA SESTRY V PODPORE DIALYZOVANÉHO PACIENTA

Marcela Ižová¹, Andrea Klokočíková²

¹Katolícka univerzita Ružomberok, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

²Dialyzačné stredisko B Braun Avitum, Dolný Kubín

Abstrakt

Dialyzovaní pacienti vedú ťažký život, pretože sú závislí na dialyzačnej liečbe, ošetrojúcim personáli a sú vystavení mnohým stresom. Autori vyzdvihli problematiku riešenia pacientových problémov, uspokojovania potrieb dialyzovaných pacientov. V rámci ošetrovateľskej starostlivosti o dialyzovaných pacientov môže aktívne vyhľadávanie ich problémov a pomoc pri ich identifikácii výrazne prispieť k zlepšeniu kvality ich života a predísť mnohým komplikáciám.

Kľúčové slová

Dialýza. Ošetrovateľská starostlivosť. Kvalita života. Potreby. Pacient.

NURSES ROLE IN PROMOTING DIALYSIS PATIENTS

Abstract

Dialysis patients lead a hard life because they are dependent on dialysis therapy, and nursing staff are exposed to many stresses. The authors highlighted the issue of solving patient problems, meeting the needs of dialysis patients. The nursing care of dialysis patients can actively search for their problems and help in identifying them greatly contribute to improving their quality of life and prevent many complications.

Key words

Dialysis. Nursing care. Quality of life. Needs. Patient.

Špecifickosť starostlivosti o dialyzovaných pacientov vyplýva najmä zo zmeny životného štýlu vo všetkých oblastiach a adaptácii na ochorenie (Krkošková,2007). Práca sestry je špecifická a začína ešte pred príchodom pacienta na dialyzačné stredisko, kedy si pripravuje dialyzačné prístroje a pomôcky potrebné na napojenie pacienta. Dialyzačná liečba výrazne mení nielen spôsob života, ale aj psychiku a sociálne zázemie pacienta.

V praxi sa sestra stretáva aj s nespolupracujúcim pacientom. „Nespolupracujúci pacienti vyzývajú na súboj našu trpezlivosť a občas dokonca i naše duševné zdravie. Sú zodpovední za veľké množstvo „vyhorenia“ medzi dialyzačným personálom, ktorý je schopný v týchto podmienkach pracovať len obmedzený čas“ (Sulková, 2000, s.511). Spolupráca pacienta pri dialyzačnej liečbe je najčastejšie skúmaným indikátorom psychosociálnej adaptácie (Sulková, 2000).

„Pacient si uvedomuje, že toto prostredie a títo ľudia mu umožnia prežiť, ale zároveň mu spôsobujú najrôznejšie obmedzenia, vyžadujú spoluprácu, poslušnosť“ (Lachmanová, 1999, s.75). Zlá spolupráca býva u dialyzovaných pacientov pomerne častá. Prejavmi zlej spolupráce býva najčastejšie v oblasti pitného režimu a diéty, nepravidelné užívanie liekov. Niektorí pacienti nedodržiavajú harmonogram liečby. Chodia na dialýzu neskoro, čo ruší aj iných pacientov, ktorí sú už napojení na prístroj, alebo dialýzu jednoducho vynechajú. Iní sa dožadujú skrátenia dialyzačnej procedúry, alebo sa dožadujú mimoriadnych dialýz. Významným predpokladom spolupráce sestry a pacienta je akceptovanie jeho subjektívneho prežívania pri uspokojovaní potrieb.

Uspokojovanie biologických potrieb je zamerané predovšetkým na starostlivosť o polohu počas každej dialýzy, príjem potravy a tekutín, spánok a odpočinok, komfort a pohodlie, hygienu, primeraný pohyb a vyprázdňovanie (Farkašová, 2005). Uspokojovanie týchto potrieb je prvoradé a nevyhnutné. Pacient prichádza sám alebo s doprovodom asi pol hodiny pred napojením na dialyzačný prístroj. Vo vyšetrovni je pacient vyšetrený lekárom, odmerajú sa vitálne funkcie a hmotnosť pacienta. Sestra všetky údaje zapíše do dialyzačného protokolu a uvedie pacienta na dialyzačnú sálu. Sestra dozerá, aby sa pacient prezliekol do pohodlného odevu a prezul sa, umyl si ruku s AVF dezinfekčným mydlom pod tečúcou vodou a vysušil jednorazovými utierkami. Sestra pacienta uloží do pohodlnej polohy ideálnu pre pacienta a na dialýzu. Na stredisku sa podáva strava vyhovujúca diétnym predpisom a nápoje (napr. čaj). Sestra sleduje príjem stravy a tekutín, aby mohla správne upraviť ultrafiltráciu na dialyzačnom prístroji. Čas strávený na stredisku je možné vyplniť čítaním, spaním, sledovaním televízie, videa, počúvaním hudby, rozhovorom so spolupacientmi, lekárom a sestrou. Pacientovi sestra zabezpečí pohodlie, ak si chce čítať zasvieti mu nočnú lampu, aby nerušil ostatných pacientov. Keďže dialyzovaní pacienti často trpia poruchami spánku, snaží sa o zachovanie ticha a pokoja na dialyzačnej sále.

U pacientov v pracovnom procese dochádza i k úpadku v sociálnej sfére, pretože väčšinou nemôže vykonávať svoje pôvodné povolanie a strácajú ho. To vedie nielen k poklesu hmotného štandardu, ale ak k oslabeniu medziľudských vzťahov, pacient stráca svojich kolegov, priateľov. Vzniknuté medzery v sociálnej sfére nedokáže často kompenzovať ani záujmovou činnosťou (kultúrne a športové akcie, hobby), iní hľadajú nové vzťahy medzi rovnako postihnutými (Lachmanová, 1999). Sestra sa usiluje o zmiernenie sociálnej izolácie účinnou komunikáciou s pacientom, lebo často práve ona sa stáva druhou najbližšou osobou. Niekedy im stačí jej úsmev, pohladenie, či stisnutie ruky. Komunikačné prvky prispievajú nielen k zlepšeniu vzťahov a komunikácie (výmeny informácií), ale aj k zvýšeniu kvality života pacienta a uspokojovaniu potrieb (Kristová, Tomášková, 2002).

Na stredisku sú umožnené aj návštevy príbuzných a známych, aby bol zabezpečený kontakt s podpornými osobami. Počas dialyzačnej liečby sa sestra stará aj o uspokojovanie kultúrnych potrieb. Umožňuje sledovanie spoločenského a kultúrneho diania zabezpečením tlače a literatúry, sledovania televízie.

Dialyzovaný pacient, rovnako ako aj pacienti s inými chronickými ochoreniami je vystavený stresovej situácii, ktorá plynie z ťažkej nevyliciteľnej a doživotnej choroby. Vyvolaná býva sprievodnými príznakmi ochorenia (úbytok energie, svrbenie kože, bolesti svalov, smäd,

sucho v ústach, problémy so spánkom) a náročným spôsobom liečby (Sulková, 2000). „Stres znamená, že sa jedinec dostáva do situácie, ktorá presahuje jeho psychické sily, teda je preťažený. Na zvládnutie stresovej situácie použije spôsoby, ktoré ho psychicky a somaticky ohrozujú“ (Farkašová, 2005, s.48). U dialyzovaných pacientov existujú viaceré typy stresorov u dialyzovaných pacientov – diétne obmedzenia, strata alebo hrozby straty blízkych osôb, obmedzenie slobodného plánovania, strata telesných funkcií (močenie, sexuálna aktivita), zvýšená priestorová a časová závislosť na druhých ľuďoch, zvýšená agresivita, hrozba smrti. Zároveň popisuje i stesy, ktoré dopadajú na rodinu pacienta – všeobecná neistota, trápenie s pacientom spôsobené zmenou jeho správania, zmena rolí v rodine, nárast agresivity, minimálna otvorená komunikácia, obmedzenie spoločenského života a finančné problémy.

Veľmi stresujúca je vlastná dialyzačná liečba, ku ktorej patrí strach z napojenia, z bolesti a z prípadných komplikácií pri napojení, obavy z poruchovosti dialyzačného prístroja a pod. Z celej dialyzovanej populácie žijú pod najväčším psychickým tlakom dialyzovaní mladí muži, pretože od nich sa najviac očakáva vo sfére pracovnej, spoločenskej, partnerskej a sexuálnej. Rola ženy, ktorá je liečená hemodialýzou, poberá invalidný dôchodok, stará sa o deti a je zaistená manželom, je vnímaná spoločnosťou predsa len uspokojivejšie ako rola muža, ktorý sa stará o domácnosť a je finančne závislý na svojej žene (Sulková, 2000).

Dialyzačná liečba prináša pacientom radu obmedzení a „umelá oblička“ im život spúta. V dialyzačnom programe chorí prechádzajú niekoľkými fázami:

- fáza prekvapenia – pacient si uvedomí, že životne dôležitý orgán bude nahradený prístrojom. V tomto období bývajú pacienti často depresívni, a to i po prechodnom období eufórie, kedy mu prístroj priniesol záchranu. Veľmi záleží na členoch rodiny, ale i na ošetrojúcom personáli, veľakrát i na spolupacientoch, ako ho podpora a podria,
- fáza rozčarovania – kedy umelá oblička je nemilovaný predmet, prináša časovú a priestorovú závislosť, niekedy je zdrojom subjektívnych problémov,
- dlhodobá adaptácia – posledná a najdlhšia fáza, kedy sa pacient usiluje o akceptáciu „spútaného života“ (Lachmanová, 1999).

Jednotlivé fázy sa počas dlhodobého dialyzačného života môžu opakovať, napr. pri závažných komplikáciách, pri návrate po neúspešnej transplantácii obličky, ale i životných krízach.

Opakom adaptácie je maladaptácia. Medzi maladaptčné prejavy dialyzovaných pacientov patrí úzkosť, depresia a agresivita. Celý rad negatívnych javov môže u chorého vyústiť do nezájmu o život s rôzne silným vyjadrením túžby nežiť. S rizikom suicídia súvisí emočný stres, vystupňovaný prejav depresie, sklúčenosť, nízka tolerancia bolesti a nepohodlia, fyzická a emočná vyčerpanosť (Krkošková, 2007).

Sestra môže byť chorému nápomocná v procese hľadania nového zmyslu života, pomôcť chorému naučiť sa žiť s chorobou a dať takému životu ľudskú dôstojnosť. Pacient nepotrebuje ľutovanie, ale úctu a uznanie, na čo je potrebné podporovať sebestačnosť chorého, rešpektovať jeho intimitu, poukazovať na pozitívne stimuly a kladné stránky chorého. Nenecháme ho v neistote a informačnej izolácii.

Uspokojovanie duchovných, spirituálnych potrieb je zamerané na rešpektovanie náboženskej slobody poskytnutím zúčastňovať sa na náboženských úkonoch (Farkašová, 2005). Duchovné a náboženské predsvedčenie môže významne ovplyvniť spôsob života, pocity a postoje k chorobe a smrti. Zvyčajne pomáha pacientom vyrovnáť sa s chorobou, znášať utrpenie a bolesť a prijať údel terminálneho ochorenia. Dokáže dať životu i smrti zmysel, môže byť zdrojom sily, pokoja a viery v čase krízy. Postoje veriaceho kresťana k utrpeniu a ťažkej chorobe sú odlišné. Chorý môže ochorenie chápať ako trest, čo môže viesť k sebaobviňovaniu a pasivite. Možná je i opačná reakcia, keď sa agresia obracia proti Bohu, čoho následkom je pocit viny, či straty viery. Ďalšími formami sú aktívne postoje, ktorými sa veriaci kresťan obracia k Bohu v snahe o pomoc a prekonanie choroby. Pacient niekedy verí, že choroba ustúpi prostredníctvom modlitieb a pokánia (Krkošková, 2007).

V rámci uspokojovania potrieb u dialyzovaných pacientov môžeme navrhnúť nasledovné opatrenia:

- vytvoriť pacientovi prostredie, ktoré sa čo najviac podobá domácejmu prostrediu,
- eliminovať pocit strachu a úzkosti u pacienta dostatočným prístupom informácií o ochorení a liečbe prostredníctvom individuálnych rozhovorov,
- motivovať pacienta k aktívnej spolupráci, pochváliť ho aj za minimálne úspechy pri spolupráci,
- pomáhať rodine vyrovnáť sa s realitou ochorenia a zmenami, ktoré prináša dané ochorenie,
- pamätať aj na duševné zdravie a duchovné potreby pacienta vrátane rešpektovania jeho práva dostávať útechu, vyplývajúcu z jeho náboženského presvedčenia, v prípade potreby zabezpečiť pomoc psychológa pre pacientov, jeho rodinu, či sestry (riziko syndrómu „burn out“),
- podporiť záujem rodinných príslušníkov o dialyzačnú liečbu organizovaním spoločných stretnutí s personálom dialyzačného strediska pri príležitosti Svetového dňa obličiek.

Práca na dialýze patrí medzi mimoriadne spôsoby liečby, kedy sa medzi pacienta a personál vsúva život zachraňujúci prístroj. Má svoje špecifiká, vyžaduje od personálu vysoký stupeň profesionality. Sestry sú s pacientmi počas celej dialýzy a často sa môžu stať ich druhou najbližšou osobou.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

- [1] FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4
- [2] KRISTOVÁ, J, TOMÁŠKOVÁ, Z. 2002. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. 165 s. ISBN 80-8063-107-107
- [3] KRKOŠKOVÁ, A. 2007. *Ošetrovatel'ská starostlivosť o dialyzovaného pacienta – nepublikovaná prednáška*. 2007, apríl.
- [4] LACHMANOVÁ, J. 1999. *Očist'ovací metody krve*. Praha: Grada, 1999. 125 s., ISBN 80-7169-749-4

[5] SULKOVÁ, S. 2000. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8

Kontakt:

PhDr. Marcela Ižová, PhD.

Katolícka univerzita Ružomberok

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: izova@ku.sk

Tel.: 0918 722 195

VÝZNAM SUPERVÍZIE OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI V JUŽNOM SUDÁNE

Jarmila Jakubeková, Karin Liptáková

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Abstrakt

Príspevok sa venuje problematike supervízie, opisuje jej typy, zásady a výhody. Opisuje podmienky supervíznej činnosti u sestier v nemocnici Nepoškvrnenej Panny Márie v Maupordite, v Južnom Sudáne. Venuje sa kultúrnym špecifikám, ktoré túto činnosť ovplyvňovali. Väčšina študentov ošetrovateľstva patrila do kmeňa Dinka alebo Jur. Tieto kmene majú svoje znaky a kultúru, ktorá ovplyvňovala ich spoluprácu so supervízorom.

Kľúčové slová

Supervízia. Ošetrovateľská starostlivosť. Južný Sudán. Sestra. Supervízor.

THE IMPORTANCE OF SUPERVISION OF NURSING CARE IN SOUTHERN SUDAN

Abstract

The paper focuses on problems of supervision and describes the types, principles and benefits of supervision. The paper describes the conditions of supervisory activities for nurses in the Marry Immaculate Hospital in Maupordit, Southern Sudan. The paper describes the cultural specifics that affect this activity. Most nursing students belonged to the Dinka or Jur tribe. These tribes have their own characteristics and culture, which influenced their collaboration with the supervisor.

Key words

Supervision. Nursing care. Southern Sudan. Nurse. Supervisor.

Úvod

Supervízia má svoj jazykový pôvod v anglickom jazyku, kde znamená dohľad, dozor alebo kontrolu, riadenie a vedenie (Klevetová, 2011, s.23).

Je to skupinová a individuálna pomoc pri riešení profesijných situačných kríz. Supervízor vytvára priestor pre dôveru. Žiadny z účastníkov sa nesmie cítiť ohrozený druhými, ani supervízorom. Atmosféra pri supervízii pomáha supervidovanému preniknúť k svojmu vnútornému napätiu, porozumieť svojim emóciám (Klevetová, 2011, s.22).

Aj keď je jasné, že v psychoterapii supervízie je potrebné zamerať sa na klienta a na vzťah medzi klientom a supervidovaným, v ošetrovateľstve to nie je tak jasné. Klinická supervízia v ošetrovateľstve musí častokrát riešiť väčšie problémy ako tie, na ktoré sa sústredila

v psychoterapii. Zlé pocity medzi kolegami, problémy s autoritou, schopnosťami vedúcich pracovníkov a negatívne vnímanie zdravotníckeho personálu môžu zničiť akúkoľvek možnosť rešpektujúcej spolupráce v mnohých tímoch. Nedostatok rešpektujúcej spolupráce v tíme sa môže prejaviť v starostlivosti o pacienta. Viac ako pätnásť ročná skúsenosť poskytovania dohľadu a ďalších školení Mika Consedina ukázala, že až 70% z supervíznych sedení bola zameraná na vzťahy s ostatnými zamestnancami. Niekedy sa supervízia začala so zameraním na pacienta, ale kľúčom k pokroku v starostlivosti o pacienta sa často stáva vývoj vzťahov medzi zamestnancami. To vedie k záveru, že je na čase, aby sestry definovali vlastné požiadavky pre klinickú supervíziu - požiadavky, ktoré sú vhodné pre prostredie, v ktorom pracujú (Consedine, 2004).

Východiská riešenej problematiky

Dôvody pre zavedenie supervízie boli v roku 1940 nasledujúce:

1. Supervízia je akceptovaný obchodný princíp v každom komplexnom ľudského podnikania. Znamená to, že každý podnik, v ktorom spolupracuje niekoľko ľudí, potrebuje zjednotenie a koordináciu.
2. Priemerný pracovník v akomkoľvek odbore nie je vysoko kvalifikovaný jedinec..
3. Aj keby bol pracovník kvalifikovaný, nedokáže držať krok s novými poznatkami v tejto oblasti.

Cieľom ošetrovateľskej supervízie bolo v tom období zlepšovanie humánnej, individuálnej, a vedecké ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov a klinickej výučby sestier (Taylor 1940, s. 807).

Klinická supervízia v súčasnosti umožňuje sestru prijímať odborný dozor na pracovisku prostredníctvom skúseného školiteľa. Umožňuje sestram a pôrodným asistentkám rozvíjať svoje schopnosti a znalosti, a pomáha im zlepšovať ošetrovateľskú starostlivosť. Klinická supervízia umožňuje sestram:

- identifikovať riešenia problémov,
- zvýšiť porozumenie odbornej problematike,
- zvýšiť úroveň starostlivosti o pacientov,
- rozvíjať svoje zručnosti a vedomosti,
- zlepšiť porozumenie v rámci ich praxe (Rada ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, 2010).

Supervízia poskytuje i vzdelávanie. Znamená to, že v spolupráci so supervízorom je možné zisťovanie úrovne svojich schopností a rozvíjať ich ďalším učením. Vďaka supervízii sa má jedinec na koho obrátiť s ťažkosťami, má podporu, schopnosť pochopiť príznaky syndrómu vyhorenia a brániť sa. Jedinec môže posilňovať svoju autonómiu a nezávislosť získaním ďalších schopností a zvýšením sebavedomia. Môže sa motivovať skúsenosťou pri spolupráci a stretnutiach so supervízorom a jeho názormi, skúsenosťami i chybami. Supervízia umožňuje zamestnancovi prispieť k naplneniu základných etických pravidiel jeho profesie, splňať očakávania svojej organizácie a vykonávať kvalitnú prácu (Klevetová, 2011, s. 23).

Supervízia je priestor, kde sa pripúšťa zraniteľnosť, kde si supervidovaný oddýchne od nutnosti byť perfektný, dosahovať úspech a výsledky. Supervízia poskytuje pokoj, čas a priestor pre reflexiu. Pri supervízii je možné zastaviť sa, vystúpiť zo zhonu každodenných povinností, byť vypočutý. Supervízor ponúka supervidovaným, aby boli skutočne samými sebou a rozvíjali svoj potenciál. Supervízia by mala supervidovanému umožniť cítiť sa bezpečne a prekonávať pracovné prekážky tak, aby mohlo dochádzať k rozvoju, rastu a učeniu sa (Kramulová, 2007, s. 48).

Supervízia ponúka možnosť vyjadrenia spontánnosti, nadšenia, ale napríklad aj potláčaných negatívnych emócií, udržiavaných v rámci profesionality pod kontrolou. Takýmito emóciami môžu byť napríklad návaly zlosti, frustrácia, strach z pocitov vyjadrujúcich slabosť, bezmocnosť, hanbu, obavy zo zlyhania (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010, s. 365).

Supervízia umožňuje zmenu postojov k prežívaným situáciám a učí umeniu zvládať neočakávané situácie s nadhľadom, bez emócií a bez sebazranenia. Je založená na ochote počúvať a rešpektovať názory druhých, hľadá riešenia pri pracovných problémoch. Zameriava sa na zistenie prekážok vo výkone profesie, prináša podporu jednotlivca aj tímu. Súčasne však dohliada na prácu celého tímu. Pomáha pochopiť správanie a konanie druhých a získať reflexiu, ako ich správanie pôsobí na spolupracovníkov i pacientov. Základom supervízie musí byť bezpečné, láskavé prostredie, ktoré nehodnotí, nekritizuje, neodsudzuje jednanie druhých, ale hľadá rezervy a schopnosti dosiahnuť stanovené ciele. Jej základom je tiež ukázať druhému nie len to, čo robí nesprávne, ale súčasne oceniť i to, čo je pre jeho prácu prínosom (Klevetová, 2011, s. 22).

Typy supervízie

Podľa obsahu a zamerania existuje prípadová, podporná, vzdelávacia supervízia. **Prípadová supervízia** rozoberá problémy s klientmi a hľadá možné stratégie riešenia. **Podporná supervízia** je zameraná na konkrétneho pracovníka, pracuje s jeho aktuálnymi pocitmi, ako sám seba hodnotí, ako vníma svoju prácu s klientom, ako je spokojný alebo nespokojný so svojím výkonom, so svojou pozíciou na pracovisku. **Vzdelávacia supervízia** je zameraná na uplatnenie teórie v praxi, rozvoj profesionality supervidovaného a na diskusie o nových metódach práce (Klevetová, 2011, s. 23).

Pokiaľ hovoríme o **manažérskej supervízii**, jedná sa o nástroj riadenia a vedenia ľudí, ktorý využíva niektoré supervízne postupy, napríklad reflexiu a sebareflexiu. Dôraz sa kladie predovšetkým na riadiacu funkciu supervízie, hodnotenie a posudzovanie pracovného výkonu. V tejto súvislosti figurujú ako supervízori osoby zo stredného článku riadenia ako staničné a hlavné sestry, ktoré majú priamu zodpovednosť za kvalitu práce a za tých, ktorých riadia. V takomto prípade ide o **internú supervíziu**. **Externý supervízor** je odborník, ktorý okrem svojej supervíznej činnosti nie je v pracovnom vzťahu s organizáciou alebo zdravotníckym zariadením. Je to človek, ktorý prichádza z externého prostredia a nebýva zaťažovaný firemnými stereotypmi (Klevetová, 2011, s. 24).

Suprvíziu môžeme rozdeliť aj na individuálnu, skupinovú a tímovú. **Pri individuálnej supervízii** ide o kontakt supervízora s jedným pracovníkom. Individuálna supervízia má podobu plánovaných časovo vymedzených stretnutí s vopred dohodnutým programom.

Štruktúra supervízie sa môže odvíjať od reflexie minulého obdobia, podľa toho, čím sa supervízor a pracovník zaoberali (Klevetová, 2011, s. 24).

Medzi výhody *skupinovej supervízie* patrí okrem iného aj fakt, že supervidovaný získava podporu od ostatných kolegov, poskytujú si spätnú väzbu a môžu sa jeden od druhého učiť. Má možnosť diskutovať v skupine, získať viac podnetov pre svoj osobný rozvoj. Optimálna veľkosť skupiny pri supervízii je 8 až 10 členov.

Tímová supervízia je zameraná najmä na činnosť tímu ako celku a jeho efektivitu. V popredí stoja vzťahy medzi jednotlivými členmi tímu. Supervízie sa zúčastňujú všetci členovia tímu bez ohľadu na ich pracovné zaradenie (Klevetová, 2011, s. 24).

Analýza problematiky

Nemocnica Nepoškvrnenej panny Márie sa nachádza v Mapuordite, ktorý je vzdialený 75 km od Rumbeku, provinčného hlavného mesta štátu Lakes v Južnom Sudáne. Nemocnica má 112 lôžok, ktoré sú rozdelené do 6 oddelení. V nemocnici sa vykonávajú liečebné a preventívne výkony, plánované i pohotovostné chirurgické operácie nie len v dosahu spádovej oblasti. Na zabezpečenie chodu nemocnice je potrebné neustále zaškoľovanie nových sestier. Každoročne sa koná výber študentov z okolitých stredných škôl, ktorých nemocnica v spolupráci s integrovanou internátnou školou pripraví na vykonávanie práce sestry. Pri vzdelávaní týchto študentov sa supervízori stretávajú s mnohými prekážkami, ktoré sú spôsobené kultúrnymi odlišnosťami a povahovými črtami študentov jednotlivých kmeňov. Je potrebné zvoliť vhodné komunikačné zručnosti, budovať vzťah študent – supervízor s precíznosťou a jemnosťou, aby študenti dosiahli stanovené ciele a boli schopní vykonávať prácu sestry kvalifikovane, kvalitne, efektívne a zodpovedne. Vzdelávanie sestier má v tejto oblasti veľký potenciál nie len z dôvodu jeho veľkej potreby, ale aj z dôvodu zabezpečenia kvalifikovanej ošetrovateľskej starostlivosti a udržateľnosti chodu nemocnice.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave v spolupráci s Diecézou Rumbek vyslala do Mapuorditu kvalifikovaných lekárov, sestry, a sociálnych pracovníkov. Tento tím pracuje v nemocnici a podieľa sa i na pedagogickom procese. Výraznou mierou na financovanie prispieva organizácia Slovenská agentúra pre medzinárodnú rozvojovú spoluprácu (SAMRS) - Slovak Aid. Študenti ošetrovateľstva, ktorí sú v nemocnici vzdelávaní, pochádzajú z dvoch kmeňov – Dinka a Jur. Vzhľadom na veľký rešpekt a hrdosť na kultúru, príslušnosť k danému kmeňu napovedá veľa o názoroch, postojoch a správaní študenta. Dinkovia tvoria jednu z najväčších etnických skupín v štáte Južný Sudán. Sú pastieri, chovajú kravy, kozy a ovce. Počas obdobia dažďov sa venujú aj poľnohospodárstvu, ale vo veľmi malej miere. Dôležitosť človeka určujú podľa počtu kráv, ktoré vlastní, množstva manželiek, ktoré dokáže uživiť, a detí, ktoré splodil. Dinkovia sú pripútaní k ich kultúre, na ktorú sú hrdí.

Jurovia sú na rozdiel od Dinkov tvrdo pracujúci ľudia. Pracujú v poľnohospodárstve, venujú sa produkcii medu a ďalším aktivitám v tejto oblasti. Keď sa usadia, žijú Jurovia na jednom mieste. Táto kultúra, založená na bohatstve, nesie so sebou mnoho črt ako plienenie, etnické štiepenie, vedúce k vraždeniu. V kultúre, kde je pomsta považovaná za hodnotu, žijú ľudia v neustálom prostredí strachu a nedôvery.

Externé supervízorky sa v rámci svojej činnosti zamerali na oblasť kompetencií a zodpovednosti v role sestry, tímovú spoluprácu, organizáciu práce, časový management, vzdelávanie študentov. Supervízia bola skupinová z dôvodu jej výhod, kedy supervidovaný získava podporu od ostatných kolegov, poskytujú si spätnú väzbu a môžu sa jeden od druhého učiť. Má možnosť diskutovať v skupine, získať viac podnetov pre svoj osobný rozvoj. Supervízia bola vzdelávacia - zameraná na uplatnenie teórie v praxi, rozvoj profesionality supervidovaného a na diskusie o nových metódach práce. Študenti mohli posilňovať svoju autonómiu získaním ďalších schopností a zvýšením sebavedomia. Bolo pre nich vytvorené priateľské prostredie, kde sa nehodnotilo a nekritizovalo, neodsudzovalo sa jednanie účastníkov supervízie. Do supervízie bolo zahrnutých 9 študentov. Začiatku supervízie predchádzala supervízna zmluva, kedy bolo účastníkom objasnené miesto priebehu, frekvencia, časové obdobie, ciele supervízie. Boli predstreté aj očakávania supervízorov, a taktiež očakávania supervidovaných.

Pri supervíznej činnosti bolo dôležité zvoliť vhodný spôsob komunikácie so študentmi. Kultúrne zvyky kmeňa Dinka spôsobili, že študenti nerešpektovali ženy supervízorky, pretože ich pokladali za slabšie pohlavie. V tejto komunite sú muži nadradení nad ženami. Z tohto dôvodu je práca supervízorky nad ošetrovateľskou starostlivosťou veľkou výzvou. Vhodnou komunikáciou a prístupom k sestrám je supervízor schopný dosiahnuť veľmi dobré výsledky a viditeľné zlepšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Pri zvolení vhodnej komunikácie a spôsobu riadenia sa odstraňuje znížený rešpekt voči supervízorom a vďaka motivácii spolupracovali študenti ochotne.

Študenti neboli schopní stanoviť si priority v ošetrovateľskej starostlivosťi. Mnohé povinnosti im museli byť niekoľkokrát denne opakované, a ich prácu bolo nutné zakaždým kontrolovať. Počas celého priebehu supervízie bolo potrebné používať vhodnú komunikáciu, metódy výučby a motiváciu, ktoré uľahčovali supervízorom spoluprácu so študentmi.

Povahové črty študentov pracujúcich v nemocnici bolo potrebné dobre poznať a následne zvoliť vhodnú stratégiu, ktorá viedla k splneniu stanovených cieľov. Spolupráca so študentmi bola uľahčovaná, vďaka ich horlivosti a vysokým ambíciám. Mali mnoho otázok a radi diskutovali o plánoch ošetrovateľskej starostlivosti, pacientoch a ich zdravotnom stave. Boli vďační za vzdelanie, ktoré dostávali a vysoko si cenili svojich pedagógov i supervízorov.

Medzi povahové črty, ktoré bránili efektívnosti supervízneho procesu patrila najmä lenivosť študentov počas praktickej výučby v nemocnici. Vzhľadom na kultúrny zvyk kmeňa Dinka, kde muži väčšinu dňa sedia pred domom a o domácnosť sa stará žena, študenti po vizite sedeli na stoličkách pred oddelením bez akejkoľvek aktivity. Študenti neboli schopní stanoviť si priority v ošetrovateľskej starostlivosťi o pacienta, nevideli nedostatky, ktoré by mohli odstrániť, prípadne aktivity, ktorými by mohli pomôcť uspokojiť individuálne potreby pacienta. Všetky aktivity a povinnosti im museli byť dennodenne opakované a prízvukované niekoľkokrát.

Pri praktických ošetrovateľských technikách boli hrubí a necitliví, čo takisto vyplývalo z kultúry kmeňa Dinka, kde človek nesmie dávať najavo bolesť a utrpenie. Aj z tohto dôvodu očakávali že pacienti bolesť nedajú najavo, a pre ich praktické výkony bola charakteristická hrubosť a absencia jemnosti a citu. Keďže 100% (9) študentov boli muži, problematická bola

aj ich pomoc pacientkám ženského pohlavia. Bolo pre nich nepredstaviteľné, pomôcť žene trpiacej závratmi alebo slabosťou pri chôdzi. Ku každej činnosti museli byť nabádaní a supervízori museli zvoliť vhodnú formu komunikácie, aby ich presvedčili.

Dodržiavanie sterility pri jednotlivých ošetrovateľských technikách bol veľkým problémom, ktorý bol taktiež spôsobený kultúrnymi zvykmi študentov. Ľudia kmeňa Dinka a Jur žijú v hlinených domčekoch, v ktorých často spávajú na zemi, alebo spia priamo na zemi v buši. Kultúrne ornamenty na koži, rezané rovnakou žiletkou, si vykonáva mnoho ľudí v tom istom čase, bez akejkoľvek dezinfekcie. Študenti nemali pochopenie pre dodržiavanie zásad sterility a bolo im potrebné prednášať o možnostiach prenosu infekčných chorôb a ochrane pacienta i sestry pred nákazou. V supervíznom procese bolo potrebné zvoliť demokratický štýl riadenia a priateľskú formu verbálnej i neverbálnej komunikácie.

Záver

Potenciál supervízie v ošetrovatelstve, a tiež v oblasti vzdelávania sestier a pracovníkov ďalších nelekárskych odborov, je nedostatočne využívaný a nedostatočne rozvíjaný. To však nemení skutočnosť, že supervízia je jednou z možností profesionálnej podpory sestier, vízia pre budúcnosť (Vaňková, 2011, s. 26).

Podľa Nadácie Roberta Wooda Johnsona, budú sestry zastávať kľúčovú úlohu v transformácii dnešnej zdravotnej starostlivosti spôsobom, ktorý zlepšuje starostlivosť o pacientov, zaisťuje bezpečnosť a kontrolu nákladov. Sestry supervízorky na všetkých úrovniach majú možnosť participovať na tejto kultúrnej zmene a ovplyvniť ošetrovateľskú prax v rámci svojich organizácií (Keefe, 2012).

Vďaka činnosti supervízorov a pedagógov, boli študenti schopní vykonávať jednotlivé ošetrovateľské intervencie podľa štandardov ošetrovateľskej starostlivosti. Supervízia nad ošetrovateľskou starostlivosťou sa osvedčila nie len kvôli efektívnosti práce na oddelení, ale aj kvôli zmenám v správaní a konaní študentov. Osvojili si žiadané formy správania, dodržiavania požiadaviek a povinností, vyplývajúcich z ich štúdia i pracovnej zmluvy. Supervízia nad ošetrovateľskou starostlivosťou v Mapuordite má veľký potenciál a význam nie len pre samotných študentov ošetrovatelstva, ale i pre sestry pracujúce na oddelení, ktorých práca bude zjednodušená, ale aj pre pacientov, ktorých potreby budú uspokojené kvalifikovane a bez rizika zhoršenia zdravotného stavu. V neposlednom rade má význam pre nemocnicu, pretože pomocou kvalitnej pracovnej sily a jej udržania získa efektívnu pomoc na oddeleniach, schopnú pracovať samostatne s predpokladom udržateľnosti študentov ako zamestnancov nemocnice i po ukončení ich štúdia.

Odporúčania pre prax

Na základe osobnej skúsenosti a spolupráce so študentmi ošetrovatelstva z odlišnej kultúry odporúčame:

- Pred začiatkom supervízie sa dôkladne oboznámiť s danou kultúrou a jej odlišnosťami.
- Rešpektovať odlišnosti a špecifiká odlišnej kultúry.

- Dodržiavať zásady komunikácie a spoločenského správania konkrétnej kultúry, s ktorou sa stretávame.
- Neodsudzovať zvyky a rituály inej kultúry.
- Pri komunikácii so študentom inej kultúry zvoliť vhodnú komunikáciu, odstrániť povýšenecké a autoritatívne správanie.
- Hľadať spoločné znaky dvoch kultúr a využívať ich počas supervízie.
- Vyvarovať sa vnucovaniu inej kultúry študentovi, alebo vyhlasovať jeho kultúrne zvyky za nesprávne.
- Využiť odlišnosti kultúr na dosiahnutie stanovených cieľov.

Použitá literatúra

- [1] Supervize v sociálnych službách In *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349, 2011, roč. 7, č. 6, s. 27.
- [2] KLEVETOVÁ, D. 2011. Smysl supervize na pracovišti – nástroj zlepšování kvality ošetrovatelské péče. In *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 07-08, s.22-25.
- [3] VAŇKOVÁ, M. 2011. Supervize v ošetrovatelství aneb vize pro budoucnost? In *Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21. č. 11.
- [4] DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J., HERMANOVÁ, M. 2010. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. In *Praktický lékař. Časopis pro další vzdělávání lékařů*. ISSN 0032 – 6739, 2010, roč. 90, č. 6, s. 365-367.
- [5] KRAMULOVÁ, D. 2007. Příliš opatrnosti škodí. In *Psychologie dnes*. 2007. ISSN 1212-9607, roč. 13, č. 9, s. 48-49.
- [6] EURÓPSKA ASOCIÁCIA PRE SUPERVÍZIU A COACHING. Was ist supervision? [online]. 2011, [cit. 2012-01-12].
- [7] Dostupné na internete: <http://www.supervision-eas.org/index.php?id=3&lang=2>.
- [8] CONSEDINE, M. 2004. Clinical Supervision – Value and Possibilities. [online]. 2004, [cit. 2012-01-12]. Dostupné na internete: http://www.tidal-model.com/clinical_supervision.htm.
- [9] TAYLOR, A. 1940. Principles of supervision in nursing. In *The American Journal of Nursing*. 1940. ISSN 0002-936X, vol. 42, num. 7.
- [10] KEEFE, S. 2012. Types of supervision nursing. [online]. 2018, [cit. 2012-01-12]. Dostupné na internete: http://www.ehow.com/about_5530845_types-supervision-nursing.html.

Adresy autorov

PhDr. Jarmila Jakubeková, PhDr. Karin Liptáková
 Katedra ošetrovatel'stva, FZaSP TU
 Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
 e-mail: jarmila.jakubekova@truni.sk

MANAŽMENT ĽUDSKÝCH ZDROJOV VERSUS OŠETROVATEĽSTVO

Monika Jankechová¹, Katarína Pechová², Jana Otrubová¹

¹VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

²RUDIMED, s. r. o. Palárikovo

Abstrakt

V posledných rokoch strategický manažment nadobúda veľký význam, nakoľko neustále narastá rýchlosť zmien v politike, ekonomike, zdravotníctve i v iných odvetviach, čo zvyšuje náročnosť riadenia organizácie. Prioritou organizácie je formulovať jej ciele, zámery i rámcové postupy do ucelenej stratégie. Orientácia na ľudské zdroje, čím sa obyčajne rozumie dôraz na personálny manažment sa stáva jednou z kľúčových úloh strategického riadenia a ľudské zdroje hrajú významnú úlohu vo všetkých strategických rozhodnutiach organizácií zabezpečujúcich poskytovanie zdravotníckych služieb.

Predkladaný teoretický príspevok prezentuje potrebu 21. storočia implementovať manažment ľudských zdrojov do moderného ošetrovateľstva. Riadenie ľudských zdrojov a ich potrieb má byť stredobodom pozornosti každého jednotlivého zamestnávateľa v každej organizácii.

Kľúčové slová

Strategický manažment. Ľudské zdroje. Ošetrovateľstvo.

HUMAN RESOURCE MANAGEMENT VERSUS NURSING

Abstract

In recent years, strategic management attains major importance, as there is a constant change in politics, economy, health care and other sectors, which increases the difficulty of managing an organization. The priority of the organization is to formulate its goals, objectives and procedures within the framework of a coherent strategy. Focusing on human resources, which also means putting emphasis on human resource management is becoming one of the key tasks of strategic management. Human resources play a significant role in all strategic decisions of organizations providing medical services.

This paper presents the theoretical needs of the 21st century to implement human resources management into modern nursing. Management of human resources and its needs should be the focus of every employer and organization.

Key words

Strategic Management. Human resources. Nursing.

Úvod

Strategickým myslením rozumieme taký spôsob myslenia, ktorý zodpovedá podstate a špecifickým rysom strategických procesov. Strategické myslenie sa má odraziť v prístupe k riešeniu strategických úloh i vo výbere metód ich riešenia pri formulácii a implementácii.

Strategické myslenie zahŕňa:

- skúmanie a vyhodnotenie interného a externého prostredia strategickým tímom, ktorý formuluje základnú myšlienku o budúcom vývoji organizácie,
- stanovenie prognózy vývoja prostredia a organizácie, ako aj definovanie možných smerov vývoja,
- v konečnom dôsledku vymedzenie cieľa organizácie a snaha o nájdenie novej prístupovej cesty, ako sa dostať k stanovenému cieľu, zvolenie vhodnej stratégie (môže ich byť aj viacero),
- výsledkom strategického myslenia sú programy, rozpočty a procedúry.

Princípy strategického myslenia sa vzájomne dopĺňujú a prekrývajú, nie je správne ich chápať izolovane, iba ich aplikácia ako celok prináša očakávaný efekt (Souček, 2003).

Východiská riešenej problematiky

Riadenie ľudských zdrojov vymedzujeme ako činnosť, ktorá sa sústreďuje na ľudské zdroje - zamestnancov a ktorá sa podieľa na dosiahnutí splnenia cieľov zamestnancov i organizácie ako celku (Kachaňáková, 2003).

Klasifikáciu činností riadenia ľudských zdrojov je potrebné chápať ako otvorený systém, ktorý možno dopĺňať o ďalšie činnosti v nadväznosti na potreby, resp. zmenené podmienky práce s ľuďmi. Naplnenie týchto činností si vyžaduje paletu rôznych aktivít, ktoré sa zvyknú označovať ako personálne funkcie.

Ciele riadenia ľudských zdrojov sa týkajú:

- efektívnosti organizácie - podpora programov zlepšovania organizácie vytváraním účinných postupov,
- riadenia ľudského kapitálu - zahŕňa fungovanie starostlivých a presne stanovených postupov pri získavaní a výbere zamestnancov,
- riadenia vedomostí - cieľom je podporovať rozvoj špecifických vedomostí a zručností,
- riadenia odmeňovania - cieľom je zvyšovanie motivácie, pracovnej angažovanosti a oddanosti organizácii,
- zamestnaneckých vzťahov – cieľom je vytvárať klímu, v ktorej je možné prostredníctvom partnerstva medzi manažmentom, zamestnancami a ich odbormi udržiavať produktívne a harmonické vzťahy,
- uspokojovania rozdielnych potrieb – cieľom je vytvárať a realizovať politiku, ktorá vyvažuje a rešpektuje potreby všetkých zainteresovaných strán.

Analýza problematiky

K hlavným úlohám manažmentu ľudských zdrojov patrí hľadať najvhodnejšie spojenie ľudských zdrojov s pracovnými, resp. záujmovými povinnosťami, t. j. nielen nájsť pre určitú činnosť vhodného jednotlivca, ale i pre konkrétneho človeka stanoviť povinnosti, ktoré by mu optimálne konvenovali z hľadiska jeho osobnostných predpokladov a disponibilných spôsobilostí, prinášali mu uspokojenie a pozitívne ovplyvňovali jeho pracovnú výkonnosť.

Armstrong (2008) rozlišuje dva typy schopností – schopnosti správania sa a odborné schopnosti zamestnancov.

Schopnosť správania sa

Schopnosti správania sa (competency) definujú očakávané správanie, t. j. aký typ správania je potrebný k dosiahnutiu výsledkov v tímovej práci, komunikácii, vedení zamestnancov (leadership) a rozhodovaní. Niekedy sú tieto schopnosti pomenované ako „mäkké spôsobilosti“.

Odborné schopnosti

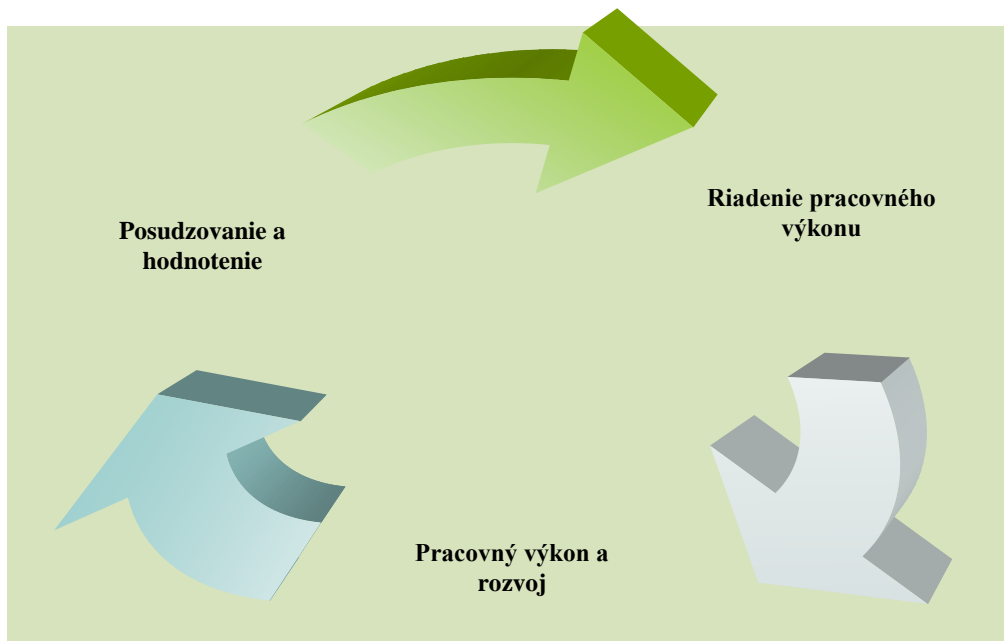
Odborné schopnosti (technical competencies) zahŕňajú, čo ľudia musia byť schopní robiť, aby mohli efektívne plniť svoje role - úlohy na pracovných pozíciách. Odborné schopnosti sú niekedy označované ako „tvrdé spôsobilosti“.

Myslíme si, že aj v ošetrovatelstve má spomínaná klasifikácia schopností jednotlivca praktické uplatnenie.

Základnými činnosťami riadenia ľudských zdrojov je zabezpečenie potrebného počtu zamestnancov pre potreby organizácie v profesijnej a organizačnej štruktúre a vedenie ľudí. Problematika zabezpečenia potrebného počtu zamestnancov predstavuje celý rad činností na získanie a pracovné zaradenie správneho zamestnanca na správne pracovné miesto, v správnom čase a spravodlivo ohodnoteného.

Kvalitné riadenie ľudských zdrojov zabezpečí získanie a udržanie schopných, kvalitných a kreatívnych zamestnancov. Pod vedením ľudí zo strany zamestnávateľa sa rozumie vytváranie podmienok pre efektívne pôsobenie manažmentu a ochota zamestnancov systematicky si rozvíjať vedomosti, schopnosti, zručnosti a následne ich v praxi využiť. Pri vlastnom vedení ide o priame ovplyvňovanie vedomia (postoje, normy) a správania sa (iniciatíva, výkonnosť) zamestnancov. Z tohto dôvodu je potrebné vedeniu ľudí venovať osobitnú pozornosť. Je to snaha o harmonizáciu smerom, ktorý vedie k splneniu stanovených cieľov organizácie. Viesť zamestnancov znamená podnecovať ich a inšpirovať, aby sa so záujmom angažovali za dosiahnutie spoločných cieľov. Vodcom (lídom) je ten, kto dokáže v diskusii slovami aj počúvaním jasne vyjadriť svoju víziu a potom podnecovať napĺňanie a dotiahnutie tejto vízie do úspešného konca. Viesť znamená aj ovplyvňovať všeobecné princípy myslenia a správania sa ľudí.

„Riadenie pracovného výkonu pozostáva najmä z vyjadrenia očakávaných povinností zamestnanca v nadväznosti na plány organizácie, a kompetencií potrebných na požadovaný výkon“ (Kachaňáková, 2003, s. 143).



Obrázok 1: Cyklus riadenia pracovného výkonu

Zdroj: autorky

Podstatu kritérií pre ciele riadenia pracovného výkonu vyjadruje pojem **SMART**:

S – specific/stretching = konkrétny, náročný, jasný, priamočiary,

M – measurable = merateľný – kvantita, kvalita, peniaze, čas,

A – achievable = dosiahnuteľný – pre schopného a oddaného jednotlivca splniteľný,

R – relevant = dôležitý z hľadiska cieľov organizácie,

T – time framed = časovo určený, dosiahnutý v časovom termíne (Mikuš, Droppa, 2010).

V ošetrovateľskej praxi sa používajú spravidla tieto kritériá výkonu: odborná spôsobilosť, dosahovanie cieľov uspokojením potrieb pacienta/klienta, poskytovaná kvalitná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta/klienta, pracovné vzťahy, produktivita a flexibilita.

Plánovanie pracovného výkonu obsahuje dohodu medzi manažermi ošetrovateľstva a podriadenými o tom, čo zamestnanec musí urobiť, aby splnil ciele, zvýšil štandardy, zefektívnil výkon ako aj rozvinul potrebné schopnosti. Pre vybudovanie a udržiavanie riadenia pracovného výkonu musí byť prístup zamestnanca aktívne podporovaný vrcholovým manažmentom. Riadenie pracovného výkonu je nepretržitý proces, v ktorom sú dôležité analýzy za účelom posúdenia pracovných výkonov zamestnancov.

Záver

Sestry - manažérky pracujú autonómne a majú vytvoriť vzhľadom na charakter práce a rôznorodosť pracovníkov také prostredie, kde je možné poskytovať efektívny a kvalitný pracovný výkon. Majú zodpovednosť nielen voči organizácii, ale aj voči personálu. Uvedené platí aj naopak, zdravotnícky personál má zodpovednosť aj voči sestre - manažérke

a organizácii. Riadenie ľudských zdrojov a ich potrieb má byť stredobodom pozornosti každého jednotlivého zamestnávateľa v každej – teda aj zdravotníckej organizácii.

Použitá literatúra

- [1] **AMSTRONG, M.** 2008. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vydanie. Praha: Grada Publishing. 2008. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
- [2] **KACHAŇÁKOVÁ, A.** 2003. *Riadenie ľudských zdrojov*. Bratislava: Sprint, 2003. 212 s. ISBN 80-89085-22-9.
- [3] **MIKUŠ, M. – DROPPA, M.** 2010. *Základy manažmentu*. 2. rozšírené vydanie. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. 2010. 296 s. ISBN 978-80-8084-622-0.
- [4] **SOUČEK, Z.** 2003. *Úspěšné zavádění strategického řízení firmy*. 1. vydanie. Praha: Professional Publishing, 2003. 213 s. ISBN 80-86419-47-9.

Adresy autorov

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11,
940 01 Nové Zámky

e-mail: jankechova.monika@gmail.com

Bc. Katarína Pechová

RUDIMED, s. r. o., Palárikovo

e-mail: marian.pecho@gmail.com

PhDr. Jana Otrubová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11,
940 01 Nové Zámky

e-mail: jana.otrubova@gmail.com

METÓDY A TECHNIKY SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE OSÔB S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Andrea Juhásová

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, UKF Nitra

Abstrakt

Cieľom príspevku je poukázať na čiastkové úlohy ucelenej rehabilitácie prostredníctvom fokusu do sociálnej rehabilitácie osôb s mentálnym postihnutím. Popisuje metódy a techniky sociálnej rehabilitácie osôb s mentálnym postihnutím v kontexte s legislatívou a podmienkami v Slovenskej republike.

Kľúčová slova

Sociálna rehabilitácia, metódy sociálnej rehabilitácie, techniky sociálnej rehabilitácie, ľudia s mentálnym postihnutím.

Úvod

Pre cieľovú skupinu ľudí s mentálnym postihnutím je kľúčová práve sociálna rehabilitácia tak, ako je popísaná v Zákone o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. (vynímajúc nácvik Braillovo písma, pokiaľ predpokladáme, že nemajú pridružené i zrakové postihnutie). Najväčší dôraz je pritom kladený najmä na podporu samostatnosti, aktivizovanie schopností a sociálnu komunikáciu. Takúto sociálnu rehabilitáciu je potrebné poskytovať kontinuálne, nie je to otázka krátkodobého tréningu. Ľudia s mentálnym postihnutím totiž potrebujú vzhľadom k svojmu postihnutiu podporovať svoje schopnosti a zručnosti neprestajne, nakoľko po čase môžu prirodzene zabudnúť i to, čo sa už naučili. Súčasným trendom je o. i. aj fakt, že spoločnosť kladie na ľudí stále väčší tlak, aby sa zdokonaľovali a získavali stále nové zručnosti – ľudia s mentálnym postihnutím nie sú výnimkou a s ostatnou populáciou túžia držať krok (Mišová, 2011).

Metódy a techniky sociálnej rehabilitácie osôb s mentálnym postihnutím

Metódy a techniky sociálnej rehabilitácie delíme podľa Jesenského (1995) do troch kategórií: reedukácie, kompenzácie a akceptácie.

1. Metódy a techniky edukácie a reedukácie

Prístup k vzdelávaniu ľudí s mentálnym postihnutím je založená na dlhodobosti a špecifickosti individuálneho prístupu. Špecifické výchovno – vzdelávacie programy sú súčasťou ranej intervencie, pokračujú integrovanou školskou dochádzkou v základných školách bežného typu, špeciálnych základných školách, odborných učilištiach, praktických školách, kurzoch a pod. Vzdelávanie detí a mládeže s mentálnym postihnutím je prevažne doménou špeciálnej a liečebnej pedagogiky, z pohľadu rehabilitácie – pedagogickej rehabilitácie. V oblasti sociálnej rehabilitácie sú jednotlivé metódy a techniky edukácie a reedukácie zamerané najmä na tréning sebaobsluhy, komunikačných spôsobilostí

a sociálnych kompetencií. Vhodnou formou poskytovania sociálnej rehabilitácie pre ľudí s mentálnym postihnutím je vzdelávanie v podobe pravidelných skupinových stretnutí (ambulantná forma), ale i semináre, sústredenia, či pobytové aktivity (pobytová forma).

Edukácia a reedukácia ľudí s mentálnym postihnutím má značný význam nielen pri rozvoji kognitívnych schopností, ale tiež určujúci socializačný rozmer.

Lahko čitateľné texty predstavujú prostriedok umožňujúci ľuďom s mentálnym postihnutím čítať s porozumením, čím pre nich otvárajú priestor na edukáciu. Sú dôležitou súčasťou pre začlenenie ľudí s mentálnym postihnutím do spoločnosti. Ľudia s mentálnym postihnutím nie sú schopní porozumieť všetkým informáciám alebo im porozumejú veľmi skreslene a interpretujú si ich nesprávne. Niekedy sa k nim mnoho potrebných údajov vôbec nedostane. Inokedy ich sami ignorujú, pretože nerozumejú ich obsahu. Každodenne majú problémy s primeraným porozumením správ z médií, nedokážu rozlúštiť návody na obsluhu domácich spotrebičov, nerozumejú kuchárskym receptom, zákonom, právam a povinnostiam, dôležitým dokumentom, ktoré podpisujú (invalidný dôchodok, sociálne dávky a pod.), informáciám o doprave, zamestnaní, partnerstve, sexualite, hospodárení s peniazmi, atď. Nevedia primerane riešiť navonok jednoduché situácie, ktoré ostatní riešia bez cudzej pomoci. Napríklad kedy a ako zájsť k lekárovi, ako sa správať na úradoch, ako riešiť konflikty na pracovisku alebo v zariadení, na koho sa obrátiť s prosbou o pomoc, ako sa brániť pred zneužívaním a pod. Ich samostatnosť je závislá na informáciách a schopnosti využívať ich. Bez toho sa nemôžu vzdelávať, pochopiť svoje práva a povinnosti, vystupovať sami za seba, žiť svojím životom. Nedostatok zrozumiteľných informácií je silne diskriminačným faktorom. Riešením, aby ľudia s mentálnym postihnutím primerane porozumeli prečítanému obsahu sú jednoduché texty, ktoré pri vhodnom spracovaní sprostredkovávajú ľahší prístup k informáciám, novým správam a poznatkom. Pri tvorbe je nutné brať do úvahy základné charakteristiky ľudí s mentálnym postihnutím ako napríklad nízka úroveň čítacích schopností, narušená schopnosť primerane porozumieť písanému zložitému textu, nízka úroveň dosiahnutého vzdelania a niekedy aj nezáujem o text v písanej podobe, ktorý obvykle vychádza z predchádzajúcich negatívnych skúseností. Text podaný vhodným spôsobom môže úspech v sprostredkovaní informácií podporiť. Mal by byť doplnený obrázkami, symbolmi, fotografiami, atď. Ak sú schopnosti ľudí s mentálnym postihnutím výrazne znížené, je vhodné použiť viac obrázkov či fotografií ako písomných údajov. Ľudia s mentálnym postihnutím by mali dostať hodnotné informácie primerané ich veku a potrebám (Žilková, 2011).

Sebaobhajovanie ľudí s mentálnym postihnutím je súčasťou celoživotného vzdelávania. Predstavuje druh podpory, ktorá má umožniť ľuďom s určitým druhom postihnutia predchádzať problémom v osobnom i verejnom živote a hájiť vlastné práva. Pre ľudí s mentálnym postihnutím je sebaobhajovanie jednou z možností, ako môžu dokázať, že sú rovnocennými partnermi a neoddeliteľnou súčasťou spoločnosti. Sebaobhajoba sa dotýka nielen každodenných rozhodnutí, ale i tých viac závažných, či kľúčových pre ďalšie životné smerovanie. Okrem nácviku vyjadrovania svojich názorov, a požiadaviek je potrebná tiež edukácia v oblasti sociálno-právnej tematiky, orientácia v aktuálnej legislatíve týkajúcej sa problematiky zdravotného postihnutia, diskusie, konzultácie, poradenstvo.

Myšlienka - dať príležitosť ľuďom s mentálnym postihnutím vyjadriť vlastný názor, vypočúť ich a umožniť im napĺňanie ich potrieb – sa zrodila koncom šesťdesiatych rokov dvadsiateho storočia vo Švédsku. Tamajší ľudia s mentálnym postihnutím sa začali za pomoci asistentov pravidelne stretávať. Postupne začali vznikať skupiny, kluby, v ktorých títo ľudia trávili svoj voľný čas a neskôr začali otvorene rozprávať o svojich životoch, túžbach, potrebách, očakávaniach. Sebaobhajovanie sa postupne začalo praktizovať v krajinách celého sveta a v deväťdesiatych rokoch minulého storočia sa objavuje aj na Slovensku (Žilková, 2011).

Ako ďalej autorka uvádza, každý z členov skupiny sebaobhajcov by mal poznať svoje osobné potreby, záujmy, vlastné silné a slabé stránky, svoje preferencie a životné smerovanie. Identifikácia potrieb sa môže zdať ako bezproblémová a ľahká, no ľudia s mentálnym postihnutím sa ju musia niekedy učiť aj celý svoj život. Každý človek potrebuje odlišný čas, aby si uvedomil výhody i riziká vlastných prianí a zodpovednosť za jednotlivé rozhodnutia. Podobne aj ľudia s mentálnym postihnutím potrebujú dlhší čas na to, aby sa naučili vysloviť svoje skutočné potreby. Dôvodov, prečo je sebaopoznávanie pre ľudí s mentálnym postihnutím nie práve jednoduchou záležitosťou je niekoľko: malá sociálna skúsenosť, nedostatok skúseností s rozhodovaním, sebariadením, nedostatok adekvátnych predstáv o budúcom živote, ťažkosti spojené s vyjadrovaním sa, znížená intelektová schopnosť a s ňou spojené ťažkosti reálne posúdiť vlastný potenciál.

Aj keď je sebaobhajovanie zamerané na podporu jednotlivca, malo by sa realizovať v skupine. Dynamika skupiny vytvára priaznivé prostredie pre nácvik sebaobhajovania. Umožňuje prežívať pocit spolupatričnosti, realizovať nácvik komunikačných spôsobilostí v bezpečnom prostredí, dávať a dostávať spätnú väzbu, prejavovať svoju individualitu, trénovať aktívne počúvanie, preberať zodpovednosť za svoje rozhodnutia, plánovať ciele a jednotlivé kroky na ich dosiahnutie.

Podpora osvety sebaobhajovania a vzdelávania sebaobhajcov a ich lídrov je zabezpečovaná prostredníctvom kampaní, brožúr a letákov, ako napr. „Čo je to sebaobhajovanie“, ktorú vydalo Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím (ZPMP) alebo aj prostredníctvom informácií propagovaných v elektronickej podobe.

Sexuálna výchova ľudí s mentálnym postihnutím by mala zohľadňovať okrem určenia tém primeraných stupňu postihnutia zohľadňovať aj špecifiká týkajúce sa ich kognitívnych schopností a emocionalitu. Vhodné sú skupinové formy práce, pri ktorých zohráva dôležitú úlohu vzťah dôvery a bezpečia. V edukácii sa postupuje malými krokmi s následným opakovaním a sumarizovaním preberaných tém, ponecháva sa dostatočný priestor na diskusiu. Skupina pracuje so situáciami a ilustráciami z konkrétneho života, používa príklady a prípadové štúdie, video nahrávky, fotografie, obrázky a ilustrácie. Používa techniky ako hranie rolí, sochanie, koláž a pod. Individuálny prístup sa uplatňuje kedykoľvek si to jedinec alebo vzniknutá situácia vyžiada.

Inšpirujúcim materiálom pre prácu v oblasti sexuality osôb s mentálnym postihnutím je nácvikový manuál Dixonovej (1988). Prostredníctvom manuálu možno klientov edukovať v oblasti vnímania vlastného tela, hygieny a viesť k rozvoju základných komunikačných spôsobilostí, rozhodovania za seba samého v oblasti sexuality. Ponúka širokú škálu skupinových interaktívnych cvičení spolu so zdôvodnením ich užitočnosti:

Komunikácia

Keďže ľudia s mentálnym postihnutím majú často problém s verbálnou aj neverbálnou komunikáciou, môže sa u nich prostredníctvom rozvíjania komunikačných spôsobilostí zvyšovať sociálna kompetencia pri vytváraní partnerských vzťahov. Cvičenia v tejto časti sú zamerané najmä na očný kontakt, dotyky, rozprávanie, počúvanie, dôveru, kooperáciu, vyjadrovanie pocitov.

Uvedomovanie si tela

Pri upevňovaní vlastnej sebaúcty a vytváraní dobrých vzájomných vzťahov s inými ľuďmi je dôležité naučiť sa uvedomovať si seba samých, svoje telo, svoje pocity, to, čo sa nám na nás páči. Keďže ľudia s mentálnym postihnutím majú zväčša veľmi nejasné často chýbajúce alebo negatívne predstavy o vlastnom tele, formulujú negatívne myšlienky o dotykoch. Cvičenia sú preto zamerané na uvedomovanie si vlastného tela a zvyšovanie sebadôvery.

Sebaúcta

Cvičenia v tejto časti zamerané na identifikovanie pozitívnych aspektov samých seba, ako aj iných a rešpektovania sa navzájom, čo v konečnom dôsledku prispieva aj k prevzatiu väčšej zodpovednosti za seba v kontakte s druhými ľuďmi.

Starostlivosť o svoju osobu

Starostlivosť o svoju osobu je nielen dôležitou súčasťou vlastného zdravia a sebaúcty, ale aj zdravia a pohody iných. V tejto časti sú preto obsiahnuté cvičenia zamerané na zmeny počas puberty (vrátane menštruácie) a s tým spojené okolnosti, ktoré ovplyvňujú fyzické, mentálne a emocionálne zdravie. Dôraz je tu kladený aj na poznávanie rozdielov medzi verejnými a súkromnými priestormi a prejavmi správania.

Vzájomné vzťahy

Táto časť je zameraná na osvojovanie sociálnych spôsobilostí, ktoré pomáhajú rozvíjať vzájomné vzťahy s druhými ľuďmi. Ponúknuté techniky sprostredkovávajú nácvik rozpoznávania plnohodnotných partnerských vzťahov od zneužívania.

Sexuálne bytie

Cvičenia v tejto časti sú zamerané na skúmanie vlastných sexuálnych pocitov, masturbáciu, stupne priebehu partnerských vzťahov, nekoitálne aj koitálne aktivity, schopnosť rozhodnúť čo je a čo nie je sexuálne príjemné a schopnosť odmietnuť sexuálnu aktivitu.

Tehotenstvo, pôrod, rodičovstvo

Aj keď mnohé ženy s mentálnym postihnutím nikdy nemôžu otehotnieť a mnohí muži s mentálnym postihnutím nemajú schopnosť oplodniť ženu, stále zostáva značný počet tých, ktorí môžu splodiť potomstvo. Preto je dôležité, aby boli edukovaní o tom, čo je to tehotenstvo, pôrod a aké záväzky, povinnosti a zodpovednosť majú rodičia voči svojim deťom.

Sexuálne zdravie

Ľudia s mentálnym postihnutím sú edukovaní o sexuálne prenosných chorobách, o spôsoboch ako im predchádzať spojených s názornými ukážkami. Cvičenia v tejto časti sú zamerané najmä na prezentáciu možností antikoncepcie a ochranu pred sexuálne prenosnými chorobami.

V Českej republike sa do smerníc zariadení poskytujúcich sociálne služby zavádzajú tzv. protokoly o sexualite, čiže formy pravidiel, v ktorých je jasne stanovené ako modifikovať vzťahy priateľstva a lásky ľudí s mentálnym postihnutím.

Sociálna prevencia

Základným cieľom je predchádzanie a zabraňovanie vzniku, prehĺbovaniu

alebo opakovaniu porúch psychického vývinu, fyzického vývinu alebo sociálneho vývinu občanov s mentálnym postihnutím.

Formy:

Vyhľadávacia činnosť – nadväzovanie kontaktov s ďalšími občanmi z cieľovej skupiny, zapájanie do aktivít s cieľom eliminácie problémov v sociálnej oblasti.

Mainstreaming – zapojenie problematiky občanov s mentálnym postihnutím do plánovania politik na rôznych úrovniach (obec, región, štát).

Zapojenie sa do kampaní, napr. Deň krivých zrkadiel – ovplyvňovanie negatívnych postojov verejnosti smerom k pozitívnemu obrazu o občanoch s mentálnym postihnutím (Mišová, 2006).

Edukácia zameraná na prípravu k podporovanému bývaní

Podporované je bývanie kopírujúce prirodzený spôsob života, ktorý poskytuje ľuďom s mentálnym postihnutím potrebnú podporu a pomoc. Je podobné bývaníu v bežnej rodine. Cieľom vzdelávania zameraného na podporu a prípravu dospelých ľudí s mentálnym postihnutím na samostatný život v chránenom bývaní je individuálny rozvoj zameraný na rozvoj záujmov, zručností a schopností. Ľudia s mentálnym postihnutím sú vedení k samostatnosti – učia sa veci robiť tak, aby si vedeli poradiť v bežných, menej náročných situáciách. Obyvatelia chráneného bývania navštevujú kurzy sebaobhajcov a vzdelávacie programy. Paralelne prebieha vzdelávanie rodičov. Okrem iného tu rodičia dostávajú emocionálnu podporu v procese prípravy na osamostatnenie sa svojho dospelého syna či dcéry a tí rodičia, ktorých dieťa sa už osamostatnilo, šíria myšlienku dobrej praxe.

Vzdelávanie je zabezpečované prostredníctvom odborníkov z oblasti sociálnej práce, špeciálnej pedagogiky, často v spolupráci. Mladí ľudia s mentálnym postihnutím sa spolupodieľajú na náplni stretnutí, ktorá sa prispôbuje osobným potrebám. Program je zostavovaný podľa významu a aktuálnosti konkrétnej problematiky. Stretnutia prebiehajú v neformálnej atmosfére, s dôrazom na diskusiu všetkých účastníkov. Najčastejšími používanými metódami práce sú: diskusia, rozhovor, hra rolí a metóda riešenia problémov. Vzdelávanie sa uskutočňuje formou besied, prednášok, exkurzií a rôznych aktivít v teréne. Klade sa dôraz na rozvíjanie oblastí sebaobsluhy a hygienických návykov, starostlivosti

a ochrany zdravia, základov prvej pomoci, rozvoja komunikačných zručností, sociálnej adaptácie a medziľudských vzťahov, rozvoja orientácie v čase a priestore, starostlivosti o domácnosť, jej údržbu a bezpečnosť pri práci, využívania verejných služieb, hospodárenia s financiami, základov spoločenského správania a etiky, rozvoja estetického cítenia, zmysluplného využitia voľného času, rozvoja záujmov a pracovných zručností.

Prostredníctvom nácviku zručností pre zvládanie starostlivosti o vlastnú osobu, sebestačnosti, výchovných, vzdelávacích a aktivačných činností sa u ľudí s mentálnym postihnutím podporuje sebarealizácia, sebauplatnenie, pocit vlastnej hodnoty. Posilňuje sa vôľová oblasť a dosahujú sa pozitívne zmeny v správaní a prejavoch. Vzdelávanie v konečnom dôsledku maximálne rozvíja telesné i duševné schopnosti a zručnosti ľudí s mentálnym postihnutím. Zlepšuje sa ich komunikácia a narastá pocit vlastnej hodnoty a nezávislosti.

2. Metódy a techniky kompenzácie

Metódy a techniky kompenzácie znevýhodnení vyplývajúcich z mentálneho postihnutia sú zamerané na odstraňovanie spoločenských bariér a to najmä v oblasti samostatného bývania a zamestnávania osôb s mentálnym postihnutím.

Podporované bývanie je jednou z možností, ako ľuďom s mentálnym postihnutím umožniť žiť bežným spôsobom života. Filozofia podporovaného bývania je postavená na presvedčení, že ľudia s mentálnym postihnutím majú právo na plnohodnotný a rovnocenný život v prostredí, ktoré sa v čo najväčšej možnej miere približuje k prirodzenému prostrediu. Zariadenie podporovaného bývania je definované v zákone č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov (predtým chránené bývanie).

V zariadení podporovaného bývania sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby (definované v prílohe č.3 citovaného zákona), ak je odkázaná na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život.

Dohľad v tomto ponímaní je usmerňovanie a monitorovanie pri zabezpečovaní sebaobslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych. Rozsah dohľadu sa určuje v hodinách alebo súborom úkonov, pri ktorých daná osoba potrebuje dohľad.

Okrem dohľadu sa v zariadení podporovaného bývania poskytuje aj ubytovanie, sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, utvárajú sa podmienky na prípravu stravy a vykonáva sa sociálna rehabilitácia (Podporované bývanie, http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=51&Itemid=402, 2011). Podporované bývanie umožňuje prispôbovať bývanie v súlade so špecifickými potrebami jednotlivcov, rešpektuje ich želania a predstavy. Je jedinečnou formou zabezpečenia dlhodobého, samostatného a bezpečného bývania pre dospelých ľudí s mentálnym postihnutím. Podporované bývanie predstavuje pre človeka s mentálnym postihnutím jednu z možností nezávislého života. Umožňuje mu žiť každodenný život v takých podmienkach a podľa takých pravidiel, ktoré sa čo možno najviac približujú podmienkam a pravidlám väčšiny ľudí v spoločnosti. Tak, ako každý dospelý človek, aj človek s mentálnym postihnutím má potrebu samostatne sa rozhodovať, mať svoje vlastné

veci vo svojej vlastnej izbe, môcť pozerat' televízor, keď chce, ísť spať, kedy chce, pripraviť si jedlo, na ktoré má chuť, ísť do práce, do školy alebo byť inou formou užitočný, nakupovať, upratovať, ísť na návštevu alebo mať návštevu, ísť do kina, keď sa mu chce, robiť všetky tieto veci úplne sám alebo s pomocou priateľa – asistenta, keď to potrebuje a nebyť pri tom odkázaný na pomoc od rodičov alebo vychovávateľov. Podporované bývanie dospelému človeku s mentálnym postihnutím umožňuje žiť svoj život samostatne a plnohodnotne, rozvíjať svoje schopnosti a zručnosti a naplňovať svoje záujmy vo svojom voľnom čase. Toto všetko sa deje samozrejme len za účasti samotných obyvateľov chráneného bývania a podpory ich asistentov, dobrovoľníkov a príbuzných. Podporované bývanie je určené ľuďom, ktorí napriek určitému obmedzeniu v oblasti starostlivosti o seba, ako i starostlivosti o domácnosť, chcú žiť v prostredí, ktoré sa snaží čo najviac kopírovať bežné prostredie. Súčasťou takejto služby je poskytnutie bytu, ktorý by mal byť v bežnej bytovej zástavbe a mal by stimulovať túžbu ľudí s postihnutím po čo najväčšej miere samostatnosti. Jej naplňaniu pomáha prítomnosť asistentov počas dňa. Rozsah asistencie je priamo úmerný potrebám a prianiam každého obyvateľa podporovaného bývania. ([http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=view &id=23](http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=23), 2011).

Pre neštátnu organizáciu vystupuje klient ako zákazník, kým v štátnych sociálnych službách je poskytovaná starostlivosť na základe rozhodnutia a jedinec sa stáva zverencom ústavu.

Zmena postavenia klienta je preukázateľná najmä v oblastiach práva na súkromie, možnosti výberového rozhodovania, predkladania požiadaviek a na ich plnenie. Klient má právo na prácu a tiež má povinnosti v ktorých ho nikto nezastúpi

K základným službám poskytovaným v rámci podporovaného bývania patrí nadštandardné ubytovanie (v jednom mikrobyte, ktorého súčasťou je kompletne sociálne zariadenie bývajú spravidla 2 klienti), celodenné stravovanie, zdravotnícka starostlivosť, preventívna liečebná a dispenzárna starostlivosť a rehabilitácia, vzdelávanie a individuálna liečebno-pedagogická starostlivosť a poradenstvo a pastoračné služby.

Na Slovensku tieto formy sociálnych služieb zriaďujú neštátne subjekty a domovy sociálnych služieb (DSS) v mieste svojho pôsobenia.

Chránená dielňa a chránené pracovisko

Chránená dielňa a chránené pracovisko sú pracoviská zriadené právnickou osobou alebo fyzickou osobou, v ktorých pracuje najmenej 50 % občanov so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce, lebo pracoviská, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1 zaškoľujú alebo pripravujú na prácu a v ktorých sú pracovné podmienky vrátane nárokov na pracovný výkon prispôsobené zdravotnému stavu občanov so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1.

Za zriadenie chráneného pracoviska sa považuje aj zriadenie jednotlivého pracovného miesta, ktoré právnická osoba alebo fyzická osoba vytvorila alebo prispôbila zdravotnému stavu občana so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1. Chránené pracovisko môže byť zriadené aj v domácnosti občana so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1. Postavenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska prizná úrad práce, sociálnych vecí a rodiny na základe kladného posudku orgánu na ochranu zdravia (úradu verejného zdravotníctva).

Chránená dielňa a chránené pracovisko sú určené predovšetkým na pracovné uplatnenie občanov so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1, ktorým zamestnávateľ nemôže poskytnúť vhodné zamestnanie na iných pracoviskách. V chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku môžu pracovať aj občania, ktorým sa poskytuje získanie odborných zručností alebo príprava na pracovné uplatnenie a zamestnanci, ktorí pre ohrozenie zdravia nie sú dočasne spôsobilí vykonávať doterajšie zamestnanie, ak pre nich zamestnávateľ nemá iné vhodné zamestnanie (<http://www.supz.sk>, 2011).

Chránené dielne a chránené pracoviská poskytujú ľuďom s mentálnym postihnutím zvýšenú ochranu. Režim práce je prispôsobený ich zdravotnému stavu. Rozoznávame tri formy zamestnávania ľudí s mentálnym postihnutím:

- na voľnom trhu práce (ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím),
- v chránených dielňach vytvorených nešťátnymi organizáciami,
- v chránených dielňach a pracoviskách pri domovoch sociálnych služieb.

Podporované zamestnávanie

Podporované zamestnávanie je časovo vymedzený komplex služieb, ktorého cieľom je podporovať klientov, aby si našli prácu a udržali si miesto na otvorenom trhu práce za rovnakých platových podmienok. Je určené pre osoby znevýhodnené na trhu práce (napr. ľuďom s telesným, duševným alebo zmyslovým postihnutím, ale aj dlhodobo nezamestnaným), ktoré pre získanie a udržanie pracovného miesta potrebujú dlhodobú podporu priamo na pracovisku. Podporované zamestnávanie pomáha ľuďom so znevýhodnením nájsť skutočnú šancu zamestnať sa podľa svojich predstáv vďaka integrovanej a vhodnej pomoci a prináša príležitosť stať sa aktívnym členom spoločnosti. Podpora je poskytovaná podľa individuálnych schopností a potrieb konkrétneho človeka. Tieto služby sú zamerané na uľahčenie získania zamestnania, udržanie zamestnania, uľahčenie získania zamestnanca z radov občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov.

Uchádzači o zamestnanie v nich nájdu pomoc pracovného asistenta, psychológa, sociálneho pracovníka poradcu, ktorý kontaktuje zamestnávateľov a pomáha vytvárať pracovné miesta pre postihnutých občanov.

Na Slovensku je v súčasnosti zaregistrovaných 31 agentúr, ktoré podporované zamestnávania (APZ), ktoré úzko spolupracujú s úradmi práce.

Príklad dobrej praxe

22-ročná klientka Agentúry podporovaného zamestnávania v Bratislave chodila v sprievode pracovnej asistentky niekoľko týždňov na zácvik v domove dôchodcov. Svoju vrodenu láskavosť a vzťah k starším ľuďom si počas tréningu ešte prehĺbila. Získala praktické opatrovateľské zručnosti, ktorými nadviazala na predošlú teoretickú prípravu zo strednej školy. V súčasnosti je na tomto mieste už vyše roka zamestnaná na polovičný úväzok na poste opatrovateľky.

22-ročná Angelika je klientka s ľahším mentálnym postihnutím, vyučená opatrovatelka. V prvých dvoch rokoch po absolvovaní školy bola klientkou denného domova sociálnych služieb, kde pomáhala pri starostlivosti o ťažšie postihnutých klientov. Keď sa rodina dozvedela o Agentúre podporovaného zamestnávania v Bratislave, presťahovali sa a začali nás navštevovať s cieľom získania riadneho zamestnania a poradenstva pri priznaní čiastočného invalidného dôchodku. Angelika preferovala prácu s ľuďmi alebo zvieratami. Na základe jej vyučenia sme sa orientovali na miesto sanitárky - opatrovatelky v nemocniciach a staniach opatrovateľskej služby. Popri hľadaní zamestnania navštevovala ako dobrovoľníčka Slobodu zvierat, kde vypomáhala pri venčení psov. Po štyroch mesiacoch starostlivosti v APZ začala navštevovať týždenne domov dôchodcov, kde vypomáhala pri rannej hygiene ležiacich pacientov pod dohľadom pracovnej asistentky. Svoj vzťah k starším ľuďom si počas tréningu ešte prehĺbila a okrem toho získala praktické opatrovateľské zručnosti, ktorými nadviazala na predošlú teoretickú prípravu zo strednej školy. Zamestnávateľ konštatuje: „Jednotlivé úkony zvládala Angelika postupne a na našu radosť ju neodradili ani drobné neúspechy. Väčší problém nastal pri zaradení sa do pracovného kolektívu, respektíve tolerancie zo strany našich pracovníčok. Aj keď boli upozornené a poučené, ako sa majú k svojej novej kolegyni správať, bolo pomerne zložité vzťahy skonsolidovať.“ Aj z tohto dôvodu sprevádzala Angeliku počas tréningu jej poradkyňa pre pracovnú integráciu, ktorá okrem sledovania klientkinho napredovania podporovala jej adaptáciu na nové prostredie a svojím prístupom k Angelike poskytovala ostatným zamestnancom istý model komunikácie a sociálnych vzťahov. Angelika sa v procese tréningu a následného zamestnania na tomto pracovnom mieste stala sebavedomejšou, samostatnejšou. Od marca 2003 tu pracuje ako opatrovatelka na polovičný úväzok (<http://www.supz.sk>, 2011).

Podporované rozhodovanie

Pri podporovanom rozhodovaní má človek plnú spôsobilosť na právne úkony, podporujúce osoby mu pomáhajú robiť rozhodnutia vo všetkých oblastiach života. Úloha podporujúcich osôb je zistiť vôľu podporovanej osoby a ochrániť ju pred podvodníkmi. Ide celkovo o nový prístup k ľuďom s mentálnym postihnutím. Je predmetom mnohých diskusií aj na medzinárodnej pôde, keďže existuje ešte iba veľmi málo krajín, ktoré sa touto cestou už vydali (Mišová – Stavrovská, 2009).

3. Metódy a techniky akceptácie

Inakosť ľudí s mentálnym postihnutím sa prejavuje predovšetkým v ich vnímaní, prežívaní a porozumení procesov prebiehajúcich v ich vnútornom a vonkajšom svete. Metódy a techniky akceptácie inakosti sprostredkovávajú prijatie a pochopenie seba samého (samej) – takého aký(á) som a tiež prijatie a pochopenie výnimočnosti väčšinou spoločnosťou.

Sociálne poradenstvo

Sociálne poradenstvo sa v práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím zameriava najmä na zisťovanie rozsahu a charakteru sociálnej núdze. Ponúka pomoc pri riešení sociálnych problémov, aktivizuje klienta a jeho rodinu v zmysle hľadania efektívnych riešení, pomáha vypracovávať preventívne programy. Inštruuje a usmerňuje klientov s mentálnym postihnutím pri voľbe a uplatňovaní foriem sociálnej pomoci.

Poradenské centrá zamerané na pomoc a podporu ľudí s mentálnym postihnutím poskytujú špecializované poradenstvo súvisiace s problematikou mentálneho postihnutia (minimalizácia sociálnych stigiem, pomoc pri zvládaní neprimeraných reakcií okolia a pod.). V prostredí centier dostávajú klienti priestor na rozvíjanie sebapoznania a sociálnych kompetencií (tréning komunikačných a asertívnych spôsobilostí, budovanie primeraného sebavedomia). Poradenské služby by mali byť súčasťou ucelenej rehabilitácie v procese ranej intervencie.

Psychoterapia

Pri práci s klientmi s mentálnym postihnutím je nutné starostlivo voliť metódy a techniky psychoterapie s prihliadnutím na mentálne schopnosti klienta. Je to dôležité z hľadiska pochopenia inštrukcie a následného spracovania obsahu klientom. Najčastejšie témy práce s klientom sa týkajú seba prijatia a nácviku efektívnych foriem správania. Väčšinou formou individuálnej alebo skupinovej psychoterapie. Odporúčané smery psychoterapie sú behaviorálna terapia, logoterapia, na proces orientovaná psychoterapia, kde možno uplatniť techniky imaginácie, relaxácie, autogénneho tréningu, copingu, biofeedbacku a pod.

Arteterapia

Pri práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím sa zameriavame najmä na ventiláciu emócií, utváranie hodnotového systému, vyjadrovanie svojich postojov, myšlienok, pocitov, prostredníctvom výtvarného diela, ktoré je často jedným z mála dostupných komunikačných prostriedkov. Arteterapia je metódou v práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím, ktorá nie je limitovaná mentálnym vekom klienta. Vhodná je individuálna i skupinová forma, vzhľadom na potreby klienta. Jednotlivé techniky je potrebné plánovať tak, aby klient zvládol pochopenie inštrukcie a realizáciu procesu. Preferovanou technikou v práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím je práca s hrnčiarskou hlinou, pre jej široký arteterapeutický potenciál. V nácviku sociálnych kompetencií často pracujeme s artefietickými technikami. Oblíbenou technikou založenou na prepájaní viacerých vnemových kanálov a umožňujúcou emocionálne uvoľnenie je muzikomáľba.

Muzikoterapia

Muzikoterapia je rozšírenou metódou v oblasti akceptácie inakosti u ľudí s mentálnym postihnutím. Okrem umeleckého rozmeru vytvára hudba pre ľudí s mentálnym postihnutím priestor pre seba vyjadrenie prostredníctvom tvorivých, neštandardných postupov. Dáva priestor pre vyjadrenie emócií, rozvíja predstavivosť, tvorivosť. Prostredníctvom vhodne zvolených techník muzikoterapie možno u klientov s mentálnym postihnutím rozvíjať pamäť, myslenie, pozornosť. V tejto oblasti uprednostňujeme formy aktívnej muzikoterapie s použitím Orffovho inštrumentária, hry na telo a spevu. Improvizácia je jednou z ciest, ktorá umožňuje nachádzať a rozvíjať dosiaľ neodhalené jedinečnosti klienta. Podporuje rozvoj komunikácie, seba prezentácie, seba vedomia. Spravidla je realizovaná skupinovou formou. Receptívna muzikoterapia je orientovaná na sprostredkovanie zážitku hudby pri celkovom uvoľnení organizmu. Jedným zo zámerov receptívnej muzikoterapie je navodenie relaxácie.

Dramaterapia

Dramaterapia orientovaná na sebaakceptáciu a akceptáciu ľudí s mentálnym postihnutím predstavuje komplex prístupov a metód, v ktorých sa pôvodne dramatické prostriedky využívajú k osobnostnému rastu, k emocionálnemu ozdraveniu, ku korekcii nežiaducich postojov a správania. Podobne ako v predchádzajúcich terapeutických prístupoch, veľmi dôležitý je výber techník a tiež klientov pre program dramaterapie. Nie pre všetkých ľudí s mentálnym postihnutím by mohla byť dramaterapia prínosom. Do programu dramaterapie odporúčame zaradiť ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím, ktorí sú pre takúto činnosť motivovaní. Medzi techniky dramaterapie patria dramatické hry, improvizácia, rolové hry, pantomíma, etudy s výchovným zameraním, tanečná dráma, dramatizácia, bábková a maňušková hra, hra s maskou, sociodráma a psychodráma.

Pri dramatických hrách s mentálne postihnutými deťmi sa zvlášť odporúča aktívny prístup „realizátora“ dramatických stretnutí (hra s deťmi), ich systematické vedenie, usmerňovanie a názorný výklad požiadaviek (náplň, zameranie hry). Obsah dramatických hier, cvičení a improvizácií by mal korešpondovať s tým, čo je dieťaťu blízke a známe, k čomu má citový vzťah. Vhodné sú dramatické hry a cvičenia zamerané na rozvíjanie reči a myslenia, ako aj hry zamerané na korekciu niektorých prejavov správania (nie je zriedkavá afektívna labilita, popudlivosť, pasivita, agresívne správanie a i. (Majzlanová 1993). Cieľom je poskytnúť klientovi náhľad na seba, svoje myslenie a správanie a získať nové skúsenosti.

V prípade detí, mládeže a dospelých s mentálnym postihnutím možno použiť aj rolové hry. Ide o nácvikové formy učenia pomocou podmieňovania a nápodobou, zameraného na optimalizovanie interpersonálnej percepcie, na zvyšovanie sociálnej senzitivity, sociálnych spôsobilostí, komunikačných a rečových schopností a schopností riešiť konflikty. Deti s mentálnym postihnutím mávajú problémy v sociálnej oblasti, najmä vo sfére sociálnej interakcie a sociálnej komunikácie. Cez dramatizáciu a hranie role možno dieťaťu sprostredkovať radu skúseností, ktoré môžu pôsobiť na uvoľnenie napätia z neznámeho a tiež na zmenu alebo vytváranie nových postojov (Majzlanová, <http://www.rojko.sk/files/studovna/Array14.pdf>). Kontraindikáciou dramaterapie je mentálna retardácia ťažkého a hlbokého stupňa.

Ergoterapia

V sociálnej rehabilitácii ľudí s mentálnym postihnutím je pracovná činnosť nevyhnutnou súčasťou procesu nadobúdania nových schopností a zručností. Často sa v procese rehabilitácie stretávame s kondičnou ergoterapiou, ktorá ľuďom s mentálnym postihnutím umožňuje cielene vykonávať záujmovú činnosť v spoločenstve iných ľudí. Preferované sú techniky práce s hrnčiarskou hlinou, ručné práce, práca v záhrade, a pod.).

Súčasťou ergoterapeutického procesu je ergoterapia zameraná na pracovné členenie.

Hlavnú úlohu v tejto oblasti má ergodiagnostika, čo je komplexné testovanie potenciálu rehabilitanta na modelových pracovných výkonoch alebo pri konkrétne uvažovaných pracovných činnostiach s cieľom navrhnúť plán pracovnej rehabilitácie vzhľadom na druh vykonávanej práce alebo priame zaradenie do pracovného procesu (Pfeiffer – Votava, 1983 /17/, in: Hrnčár, 2002).

Ergoterapia zameraná na výchovu k sebestačnosti má v populácii ľudí s mentálnym postihnutím vysokú dôležitosť predovšetkým z dôvodu naliehavosti nácviku bežných denných činností na ceste k sebestačnosti a nezávislému spôsobu života. Prevažne sa jedná o činnosti ako obliekanie, hygiena, stolovanie, varenie, nácvik sociálnych spôsobilostí, nákupov a domácich prác.

Animoterapia

Animal Assisted Activities (AAA)

Aktivita za pomoci zvierat, spoločenská činnosť, pri ktorej je prirodzený kontakt človeka a zvieratá zameraný na zlepšenie kvality života klienta alebo prirodzený rozvoj jeho sociálnych spôsobilostí. Môže byť realizovaná formou chovu malých domácich zvierat alebo hospodárskych zvierat. Ľudia s mentálnym postihnutím môžu prostredníctvom kontaktu so zvieratkom budovať vzťahovú rovinu so živou bytosťou, realizovať nácvik zodpovednosti za starostlivosť o živého tvora. Tiež sa otvára priestor na sebarealizáciu v zmysle pracovných návykov.

Šport

Šport pre ľudí s mentálnym postihnutím vytvára priestor nielen na odreagovanie, ale často nadobúda charakter sebarealizácie (napr. reprezentanti v paralympiáde). Zväčša sa realizuje sa skupinovú formou, čo podporuje komunikáciu a následne spoluprácu aj v iných ako športových oblastiach, takže jeho socializačný efekt je nepopierateľný. Športová činnosť zvyšuje istotu ľudí, ich sebadôveru, upevňuje zdravie a udržuje dobrý psychický stav. Preferovanou formou prezentácie športov býva pravidelná organizácia športových hier na regionálnej, štátnej i medzinárodnej úrovni (napr. paralympiáda) v disciplínach, ako napr. paradzúra, kros, atletika, stolný tenis, plávanie, lyžovanie, krasokorčuľovanie. Športovcov v ich snahách a výkonoch vedie a podporuje napr. Slovenské hnutie špeciálnych olympiád a Slovenský zväz športovcov s mentálnym postihnutím.

Voľnočasové aktivity

Voľnočasové aktivity ľudí s mentálnym postihnutím môžu mať formu záujmových krúžkov, hier, diskusií, jednodňových výletov alebo rekreačných pobytov, ktoré organizujú zväčša rodinní príslušníci alebo sympatizanti s podporou nadácií, neziskových organizácií a občianskych združení. Ústredným prvkom voľnočasových aktivít je hra, ktorá povzbudzuje k tvorivosti, komunikácii a spolupráci. Voľnočasové aktivity sú často obohatené o športové a kultúrne podujatia spojené s prezentáciou výrobkov alebo vystúpení na verejných fórach.

Sociálna rehabilitácia občanov s mentálnym postihnutím je úzko prepojená s ostatnými zložkami ucelenej rehabilitácie prostredníctvom nasledujúcich metód práce:

V prepojení s metódami liečebnej rehabilitácie

- ergoterapia – príprava osoby s postihnutím na samostatný život prostredníctvom budovania pracovných návykov a sebaobslužných schopností.

V prepojení s metódami pracovnej rehabilitácie

- práca v chránených dielňach, podporované zamestnávanie a i.

V prepojení s metódami pedagogickej rehabilitácie

- vzdelávanie v oblasti sebaobhajoby, sexuálnej výchovy, komunikačných spôsobilostí, sociálnych kompetencií a pod.

Záver

Sociálna rehabilitácia sa v spolupráci s ostatnými zložkami komplexnej rehabilitácie snaží o obnovenie alebo rozvoj schopností občanov so zdravotným postihnutím a o ich nezávislosť na iných za cieľom ich návratu do spoločnosti. Môžeme ju tiež charakterizovať ako súhrn opatrení na integráciu občana vo všetkých oblastiach života a proces zmierňovania obmedzení a znižovania závislosti na iných osobách. Môže mať formu nácviku sociálnych zručností, tréningu a mobility vytvárajúcu čo najpriateľnejšie podmienky pre zaradenie občana s postihnutím do života. Týka sa ekonomického zabezpečenia, právnej ochrany, morálnej podpory, vybavenia technickými pomôckami a opatreniami odstraňujúcimi bariéry sebaobsluhy, možností pre prácu, cestovania, lokomócie – *komunikácie*, v spoločenskom uplatnení, odbúravaní predsudkov verejnosti voči nim. Neoddeliteľnou súčasťou systému sociálnej rehabilitácie je individuálny rozvojový plán pre osoby s mentálnym postihnutím sa zameriava predovšetkým najmä na rozvoj kognitívnych schopností, jemnej a hrubej motoriky, nácvik komunikačných spôsobilostí, sociálnych kompetencií, sebaobslužných činností a pracovných zručností. Participuje na rozvoji nezávislého života pre ľudí s mentálnym postihnutím. Podporuje zvýšenie sebaúcty a schopnosti presadiť sa napr. na otvorenom trhu práce a rýchlejšie sa adaptovať na sociálne prostredie.

Literatura

- [1] JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, KAROLINUM, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- [2] ŽILKOVÁ, A. 2011. *Lahko čitateľné texty*. Bratislava: ZPMP, odborný článok dostupný na:
http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=43&Itemid=225, 2011.
- [3] MIŠOVÁ, I. 2011. *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR. Dostupné na:
<http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>.
- [4] ŽILKOVÁ, A. 2011. *Sebaobhajovanie je pre každého...* Bratislava: ZPMP, odborný článok dostupný na:
http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=43&Itemid=225, 2011.
- [5] DIXON, H. 1988. *Sexuality and Mental Handicap*. An educator s resource book. London: The Trinity Press, 1988.
- [6] MIŠOVÁ, I. 2006. *Rozvoj centier komplexných služieb komunitného charakteru zameraných na poskytovanie informačnej, poradenskej a vzdelávacej činnosti*, in: Práca ako kľúčový faktor k inklúzii, Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou, Bratislava, 28. – 29. novembra 2006 Bratislava: ZPMP v SR, 65 s.

- [7] Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- [8] http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=51&Itemid=402, 2011).
- [9] http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=23, 2011
- [10] <http://www.supz.sk>, 2011
- [11] MIŠOVÁ, I. – STAVROVSKÁ, Z. 2009. *Podporované rozhodovanie*. Bratislava: ZPMP v SR, 2009, 40 s. [ISBN 978-80-89344-03-1](https://doi.org/10.1007/978-80-89344-03-1).
- [12] <http://www.rojko.sk/files/studovna/Array14.pdf>, 2011
- [13] HRNČÁR, I. 2002. *Ergodiagnostika pre potreby odboru FBLR*. Rehabilitácia 35, č. 4, 241 – 249 s. 2002.
- [14] MAJZLANOVÁ, K. 1993. *Dramatická výchova vo výchove mentálne postihnutých detí*. Zborník prednášok PTK, Echo 1993.

Kontaktní údaje

Mgr. Andrea Juhásová, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, UKF Nitra
Kraskova 1

947 01 Nitra

e-mail: ajuhasova@ukf.sk

THE ROLE OF NURSE IN THE PREVENTION OF VIOLENCE AGAINST ELDERLY PEOPLE

Ingrid Juhásová, Ľubica Ilievová

Department of Nursing, Faculty of Health and Social Work, Trnava University in Trnava

Abstract

Background The number of the elderly people over the world is raising, but not everyone is capable of physical, social and mental activities. Some become dependent on care, which includes nursing, but also social, psychological and financial areas. Nurses, who are members of multidisciplinary teams may encounter problems of abuse of the elderly people in different places in institutions providing care, but also in communities, homes. **Objective** This article deals with the research on elder abuse and neglect issues in the system of care in Slovakia. Nurses providing care to the elderly people can face this problem, however we cannot forget that even healthcare workers may be the perpetrators. **Methods** 203 nurses working at the bed of the patient of internal, surgical, neurological, urological, long-term care and traumatology participated in the questionnaire survey. The obtained results were evaluated by descriptive and inductive statistical methods (t-test, correlation coefficient, chi – square test). **Results** 52.7 % of nurses clearly said that there was no violence present in hospitals. According to the opinion of 35.0% of nurses, there is no violence present in social institutions. 50.2 % of nurses would definitely report the fact, that there was the violence committed, but 40.4 % of nurses would report it only with permission of the victim. 74.4 % of nurses have not heard any information relating to the issues on violence at seminars or training. When evaluating their own information, only 20.2 % of nurses reported that they had sufficient information. Nurses have said, that from the perspective of prevention and elimination of elder abuse and neglect, the family, social workers and nurses are important. The nurses were of the opinion that the country with its branches of government is not effective in the prevention of elder abuse and neglect. **Discussion** This partial research through the questionnaire survey shows, that the abuse and neglecting of the elderly is a reality. Based on the outlined facts, there are options for action aimed at preventing the violence also in the area of nursing. The basis for successful prevention of violence against the elderly people is deep and honest relationship with the elderly by their relatives, their families. Then there are workers of health and social care, society, state, who also have methods and means influencing the problem of violence in our society.

Key words

Violence, elderly people, nursing nurse, preventiv.

INTRODUCTION

The problem of bullying and abuse of elderly people is gaining importance also due to the fact that the pace of population aging is accelerating worldwide. One of the most significant demographic changes will be the increase of the number of the elderly people. It is expected that the number of the elderly of 80 years and more will grow. The worldwide assumption is that by 2025, the population of seniors will double to 1.2 billion. Every month, 1 million people reach the age of sixty, of which 80% live in developing countries. 58% of the elderly women currently live in developing countries and it is assumed that by 2025 there will be 75% of them (Daichman, 2005).

The issues of elder abuse and neglect (EAN) have drawn attention since the beginning of the 70s of the 20th century (Isaacs 1972, Burston, 1975), it is about a 10-year shorter period and to a lesser extent than the issues of abused children (Lachs, 1995). The interest in the issue appeared in the Czech Republic and Slovakia with a delay of about 20 years (Litomerický, 1993, Vojtěchovský, 1994). Neglect may have various forms, which by their quality and quantity depend on the living standard, civilization's customs and also on the cultural context (In Kalvach et al. 2008).

Bad treatment may be intentional or unintentional and may occur in communities, families (domestic violence) or health care and social institutions. It includes acts of physical, sexual, psychical/emotional abuse, neglect, self-neglect, abandonment as well as financial/material exploitation (Baker, Heitkemper 2005). The violence is linked to a number of serious social, psychological, nursing and economic consequences, which mutually affect the life of individuals and the whole society. The occurrence of severe forms in Anglo-Saxon areas (Britain, USA, Canada) is estimated at 4 – 6 % of senior population living in home setting (Pillemer, 1988; Wolf, 1988; Krug et al., 2002), with a predominance of women. Data from Canada speak about 7 % of emotional and psychological abuse, 1 % of financial abuse and self-neglect and 1 % of sexual and physical abuse (Canadian centre, 2000), in Slovakia in Košice about 10.8 % of seniors (Koval, 2001). The results of the Southern-Czech study of the year of 2004 are available in the Czech Republic (Buriánek, 2006), where of a set of 1300 respondents, 13 % had personal experience with physical violence and 22.3 % said they know the cases of elderly abuse in their environment (In Kalvach et al. 2008).

Rare study from the late 80s in the U.S. found out that 36 % of the nursing facility staff witnessed physical abuse and 81 % psychological humiliation of patients. 40 % of the staff confirmed participation in such behaviour and 10 % in physical violence (Pillemer, 1990) (Kalvach et al. 2008).

In the study “Criminality and Violence in the Lives of Older People”, made in Hannover in 2007, 40% of respondents out of 503 home health care workers (equivalent to the quota of 43.3%) confirmed at least one case of problematic behaviour in their last year of professional practice towards the persons reliant on care. The most commonly reported were the forms of psychological abuse/verbal aggression as well as care neglecting (Rabold, Görgeň 2007).

In this article we deal with the issue of EAN from the viewpoint of nurses, who may meet the victims of violence in their nursing practice. We analyze the following basic areas: i) an

opinion of the incidence of violence in facilities providing care; ii) the willingness of nurses to report violence against the elderly person; iii) prevention and elimination on the part of various entities.

MATERIAL AND METHODS

Sample and participants

Nurses from the practice were contacted, working at the bed of a patient in intern, surgical, neurological, urological, long-term care and traumatology at the Teaching Hospital in Trnava, and at the Hospital and Clinic of St. Lukas in Galanta and nurses from the Highly Specialized Professional Geriatric Institute of Saint Lukas in Košice (Slovak Republic). The questionnaire survey covered the period from January to April 2009. Of the total of 270 distributed questionnaires, 225 returned, representing a 83 % return, however, after discarding questionnaires with absencing items, the target, intentionally selected set consisted of 203 respondents – nurses. It is the value that allows some generalization for a given file. This file consisted of 192 women, (95 %) and 11 men, (5 %). Predominant representation of women reflects the gender partition in the nursing profession. Respondents were divided into different groups, according to needs of statistical evaluation, one of the criteria for division was age and length of practice. We expected the opinions from nurses with a longer term of practice, supported by practical experience. 101 nurses – respondents were below 35 years of age, their average age was 28.9 years and the average length of their nursing practice was 6.7 years. The second group consisted of 102 nurses – respondents over the age of 36, their average age was 43.8 and the average length of nursing practice was 23.9 years. These data allow us to expect qualified statements and credible research results, mainly from the second group of respondents that we want to compare with the first group of nurses. According to the characteristics of developmental period, nurses of the first group were full of energy and work enthusiasm. The average age of the whole basic set was 36.4 years and the average duration of professional practice was 15.3 years.

Study design and data collection

We used the questionnaire method in empirical analysis and we evaluated obtained data using descriptive and inductive statistical methods (t-test, correlation coefficient, chi – square test).

The questionnaire was anonymous, consisted of personal data (workplace, age, number of years of nursing practice, highest achieved level of education) and 18 items (open, semi-closed, closed), which had the character of controlled responses. In the introductory part, the nurses were instructed about the opportunity to express own opinion on any item and we specifically requested this on two items (number 10, 18). In three items, the respondents had the opportunity to express through a few point numerical scale (number 11, 17). We delivered the questionnaires personally, or by mail service to the assistant for nursing, or to head nurse with request to fill it out. The nurses were simultaneously informed of the purpose of questionnaires and how to fill it out. Respondents – nurses had enough time to complete the questionnaires. We picked up the questionnaires after the given time.

Research hypothesis

Before realization of the actual research, we built the hypotheses in which we assumed that: i) nurses will comment on the presence of violence against elderly people in care facilities, ii)

nurses are willing to report violence against the elderly; iii) nurses won't prefer themselves in the prevention of violence against elderly people.

Data analysis

We evaluated the obtained data by descriptive and inductive statistical methods, these methods of inductive statistical analysis drew our attention to significant differences in the average of answers of each groups of nurses, the link between individual questions of questionnaire and importance of proportional designations of the kind of violence, vulnerable groups and types of prevention. We used the tests of significance, namely: t – test for determining the significance of the difference in the average of responses, chi – square test to detect significance levels of distribution of types of violence and vulnerable groups with equal representation, both significance tests to verify the data of the type of violence prevention and correlations for the determination of relation between individual questions.

We processed the numerical data in charts or graphs and expressed as a percentage. Another method was the analysis of available literature.

RESEARCH RESULTS

The presence of violence against the elderly people in care facilities

The view of nurses on the presence of the problem of violence in health facilities was that the 107 nurses (52.7 %) clearly expressed, that violence in hospitals is not present. According to the view of 71 (35.0 %) nurses, violence in social institutions is not present. According to the view of 152 nurses (74.9 %), the domestic violence against the elderly is mostly represented by family members and according to 19 nurses (9.4 %) by professional carers. 6 nurses (3 %) said that the third is the violence committed in social institutions by health professionals. According to 5 nurses (2.5 %) the smallest possibility of violence against the elderly is committed in health institutions by medical staff.

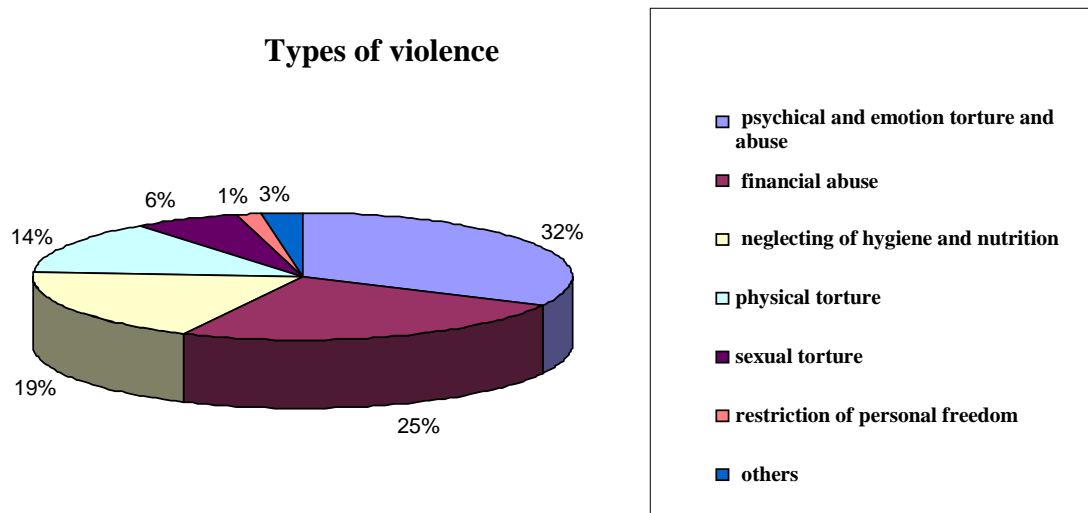
Significant differences in the average of responses of different groups of nurses

We recorded 16 significant differences in the average response in the total of nine compared groups. Some of them confirm the occurrence of violence against the elderly people. In particular, it confirms that violence against the elderly is represented in population more or less evenly, in terms of frequency of these cases, therefore it is true, that the older the respondent – the higher the probability to register the violence against the elderly.

It is evident, according to the occurrence of significant differences that *the length of practice and age* had the greatest impact on forming the opinion of nurses on the issue of violence against the elderly people and *education and gender* had the minimum impact.

Importance of proportional determining of the type of violence, vulnerable groups and types of preventions. It is clear in proportional determining of the type of violence, that the types of violence are not represented evenly.

I. The most common types of violence against the elderly are: psychological and emotional torture and abuse, economic abuse (Graph 1).



Graph 1 The most often types of violence against the elderly from the viewpoint of nurses

II. At the same time, there is an opinion among the nurses below 35 that state social institutions are in the terms of violence against the elderly people more risky than private social facilities.

There wasn't detected any significant correlation in the test of correlation of individual questions, each question of the questionnaire asks on a different thing in meaning, relating to violence against the elderly people.

The willingness of nurses to report violence against the elderly

87 nurses (42.9 %) would inform the police in the case of suspicion of domestic violence against the elderly, 70 nurses (34.5 %) would inform a social worker. 39 nurses (19.2 %) would inform a family member. Only 7 nurses (3.4 %) would inform a doctor.

68 (33.5 %) of nurses would inform their superior in the case of violence against the elderly in health care facility. 56 (27.6 %) nurses would inform a doctor as the second person. 35 (17.2 %) nurses would tell it to a social worker or a colleague. Nurses should express the causes to report the violence. The most common answer expressed by nurses was that they have to be 100 % certain of violence. The second condition according to the responses of nurses was to preserve their anonymity when notifying of violence against the elderly.

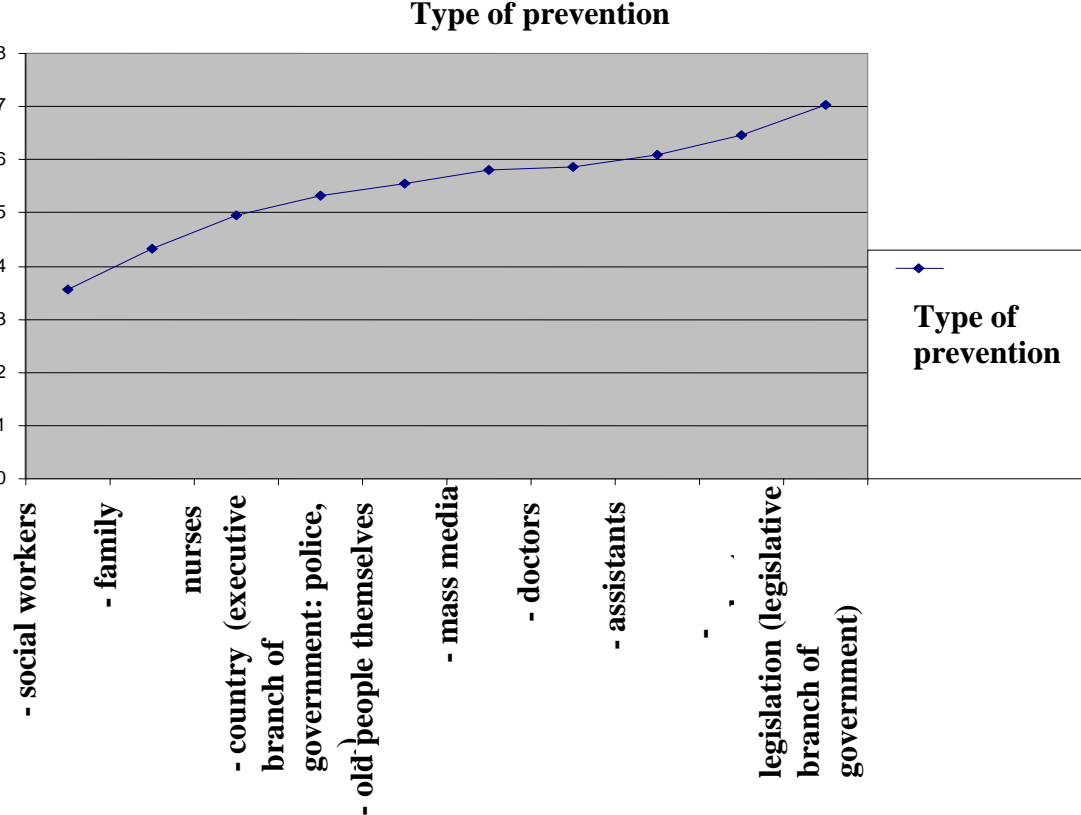
In the test of correlation of individual questions (factor analysis) there was a quite interesting and credible result. However, we note, that the resulting correlation is relatively low. But it is not a negligible correlation (correlation value 0.26), therefore we can assume that nurses who are confronted with violence [item 1., answer a) yes], would inform a doctor in a higher extent [item 9., answer a) doctor] and nurses who are not confronted with violence [item 1., answer d) no] would inform a colleague [item 9., answer d) colleague (nurse)].

Possibilities of violence prevention against the elderly

One part of our research has examined the possibilities of prevention of violence against the elderly.

In evaluating the level of significance of differences in individual responses from a random distribution, we used the chi-square test. In this issue we evaluated the whole ranking

mentioned by respondents. According to average values, we compiled the ranking of types of prevention of violence against the elderly (Graph 2).

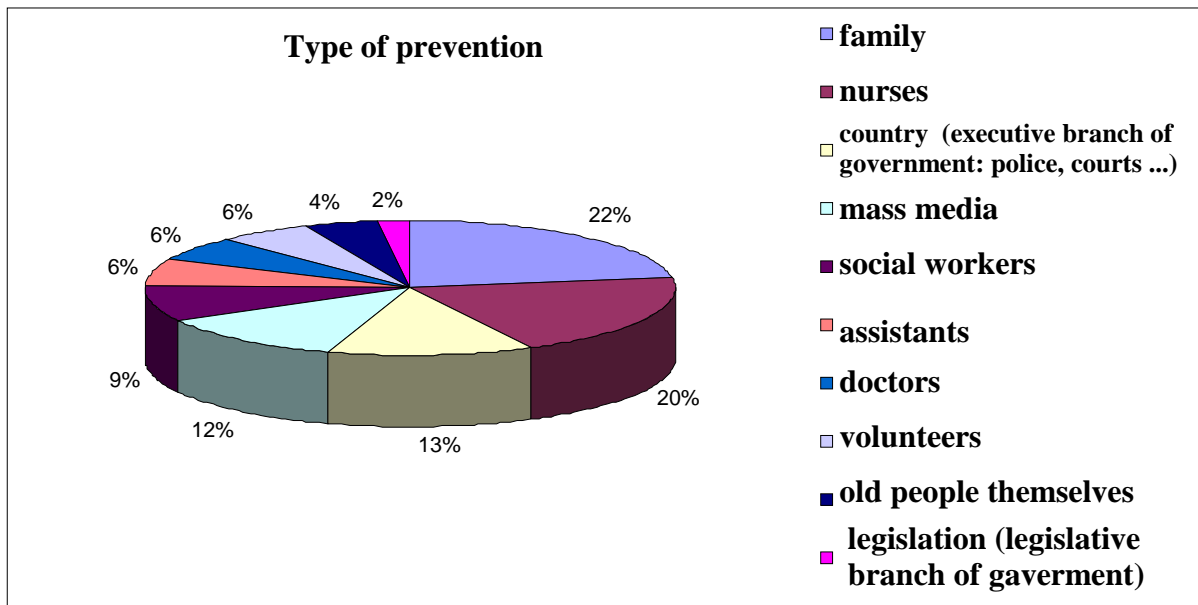


Graph 2 Types of prevention from the point of view of nurses of our research (the average of answers)

By T-test, we examined the difference in average values in all combinations of prevention. For nurses the most effective way of prevention seem to be social workers, the significance level of 1%. The second is the family, the significance level of 5%. This means that the first two places are clear. Differences between averages are not sufficient in the next order for some of the level of significance. Legislation is on the last place with the average ranking it is on the last place with the significance level of 5%. Respondents - nurses with the level 1 considered as the most important the family; nurses and social workers are on the 5th place (Graph 3).

This division of importance is not uniform by chi-square of test at the significance level of 1 %. The division of first five places is not even at the significance level of 1 %. Therefore we can say that in the view of prevention, *the family is more important than social workers*. Although nurses consider family as the most important in the prevention of violence against the elderly and place the social workers on the fifth place, taking into account the overall rank of prevention, social workers on the contrary rank prevention prior to any other types. Respondents mostly placed social workers on the second, third, and fourth place, so that they reached the highest position of all types of prevention. This difference can be very difficult to explain. It is probably a combination of several factors. The position of social workers in the prevention is generally strongly fixed in the opinions of respondents, something as unseen and

unnoticed certainty. Therefore they do not give it such importance as the importance given to e.g. a family. The extent of question probably played a role.



Graph 3 Options for prevention of violence against the elderly

It can be assumed, that the most respondents are clear on the question in a smaller number of options, they have an attitude for some most important types and possibly for few least important types of prevention. Their responses are then more or less randomly given according to subjective situation of the respondent at the moment of completing the questionnaire. Results of the t-test prove this option, where in the determination of differences among the averages of answers, ranking of first two places and the last place are clear.

DISCUSSION

There is the statistical evidence that the torture and abuse most often occurs at home, but the elderly long-term care homes take the second place. According to foreign data, the occurrence of inappropriate forms of behaviour and treatment, including cases of obvious abuse in long-term care facilities might be surprisingly high. It is primarily associated with the substantial isolation and vulnerability of the elderly and their dependency on care in the facility (Čižmáriková, 2003). Similarly, our research findings indicate that the most acts of violence are committed on the elderly at home, what was reported by 152 (74.9 %) nurses, followed by residential care facilities: social institutions. and the least of them happen in health care institutions. Rabolt, Görden state that over the past 12 months the caregivers have committed violence on a patient at least once (39.7 %). The most often forms were emotional violence and verbal aggression (21.4 % of respondents) Nursing neglect (18.8 %) and psychosocial neglect (16.0 %) were also widespread forms of neglect. 8.5 % of the respondents reported a certain form of emotional abuse of a patient. Almost every tenth respondent said that in the reference period, they restricted movement of a patient at the request of family members, or from employment and economic reasons (9.6 %); the administration of painkillers occurred relatively little (3.8 %) (Rabold, Görden 2007). According to available information, the cases

of physical abuse in institutions, besides limiting the elderly, are quite rare. Emotional abuse, disregard for people's dignity and mainly passive neglect and physical abuse, petty thefts and loss of personal belongings of the elderly are more often present. Significant problem is also related to financial abuse by relatives. According to a recent research of the South Bohemian University, the prevalence of violence against the elderly, depending on the type of violence, is in the range of 5-20 % (Kasanová, 2005). In our study, the prevalence of violence from the point of view of nurses is as follows (Table 1): We can state that for this distribution at the significance level of 1 %, there cannot be random deviations from the uniform distribution. Therefore, it cannot be argued that different types of violence are not evenly represented.

Table 1 Distribution of the types of violence on the elderly – opinion of nurses involved in the survey

psychical and emotion torture and abuse	32,5%
financial abuse	24,7%
neglecting (e.g. hygiene, nutrition ...)	18,8%
physical torture	13,6%
sexual torture	6,5%
restriction of personal freedom	1,3%
others	2,6%

Violence against the elderly should be regarded as a socially unacceptable behaviour and the act worthy of condemnation. No incident of violence is a private matter of the people involved. The truth about violence is usually worse than that, what has currently emerged. Therefore also nurses must realize their duty to report any fact associated with committing violence against the elderly.

Kasanová (2005) states that according to international experience, doctors are less active and identify fewer cases than social workers and other professionals. One of the reasons is that this phenomenon is not considered as a medical problem and therefore people are neither trained nor focused on this issue. Another reason is the reluctance to get involved in the sensitive issue, controversial accusations and subsequent official negotiations. She emphasizes the necessity of asking targeted questions related to a potential abuse and the level of domestic security, for example: "Do you feel safe at home? Does not anyone hurt you?", and others. Such questions are supposed to be asked in privacy, without the presence of other people. If there are any suspicious lesions, their origin should be clarified also by a suspected person or by a person with whom the affected lives in the household. Contradictions in clarifying the reasons of the injury increase suspicion of an intentional injury. Objective finding is very important because the memory impairment may significantly affect the data. In the research of Úlehlová, Levová (2009), 229 health care workers replied to the question: "What will you do when a patient threatened by domestic violence asks you for help?" as follows (arranged from most frequent answers):

I will

1. contact the assisting organization after the treatment
2. contact the Police of the Czech Republic

3. record my opinion on how the injury happened to a documentation, but nothing more
4. contact a physician.

The aim of another question in the research was to find out more about the procedure of medical workers when they suspect domestic violence, but the patient says something else. Responses were as follows (arranged from the most frequent answers):

I will

1. do only what the patient wants and give them a contact on the assisting organization
2. record my opinion to a documentation, but nothing more
3. contact the Police of the Czech Republic
4. contact a physician or a social worker
5. treat the patient, but nothing more (Úlehlová, Levová, 2009).

It is interesting that the most frequent respondents' answers of the Úlehlová, Levová's (2009) research is to contact the assisting organization, what has not occurred in the answers of our research at all. In our study the nurses also did not mention the option of recording suspected violence against the elderly. The results of Čižmáriková's research [2008] are the ones which confirm the importance of recording of the problem, even though the author admits the negative attitude of nurses, which might be related to increasing overall administration work. While recording the problem, the following nursing diagnoses from a current List of Nursing Diagnoses should be used: B 100 Helplessness, B 101 Hopelessness, B 102 Spiritual distress, P 108 Emotional abuse, P 109 Grief, P 111 Fear, P 112 Anxiety. According to NANDA - International Taxonomy II, the 9th Domain: Coping with Stress - Stress Resistance under the category "Post-Traumatic Reaction", the nursing diagnosis 00141 is the Post-traumatic syndrome, which might be caused by physical as well as emotional abuse (Čižmáriková, 2008).

From the point of view of nurses in our research, the necessary conditions for notification of violence against the elderly are as follows: the act of violence has been done with 100% certainty (visible signs: bruises,...); anonymity and safety of the nurses in all aspects; the consent of the victim.

Taking into account the above given conditions for the notification of violence against the elderly, we have again come to insecurity and fear to be mixed into something that the nurses are not directly involved in - to family problems of other people. It may also be related to fear of revenge and violent behaviour of the relatives. Yet the consequences of violence against the elderly might escalate and expand.

According to Hegyi the prevention of violence against elderly people can be divided into three categories. It is the individual prevention, which includes economic independence, availability of health and social services, crime reduction, better detection of abuse, stronger sanctions and a helpline for seniors. The second category is the family prevention, which includes the identification of families at risk, a combination of a family care with home nursing care, better conditions for direct care providers for seniors. The Last - third category is the social (community) prevention, which includes the legislative elimination of all forms

of discrimination and implementation of UN principles for elderly people (independence, participation, self-fulfilment and dignity) and community assistance programs (Hegyí et al. 2002).

Families must meet a series of preconditions to provide a good care for a dependent member, most important of which are as follows: to be able to take care (have physical, social, psychical, housing, time, financial conditions, etc.); want to take care (have good will, seek opportunities and solutions in the situation involving all family members); know how to take care (know how to help, know the extent of the assistance provided) (Klevetová, Dlabalová, 2008).

One of the tasks of the society is to motivate a family morally, legislatively, economically and socially. Another challenge is to create a sufficient range and capacity of social services that help families to meet this function.

EAN prevention must be understood comprehensively and in the long term. In nursing facilities, the education and a sufficient number of personnel psychologically trained and supported seem to be more effective than rooms monitored by cameras (Gallart et al., 2001). Similarly, Venglářová (2005, 2007) speaks about the importance of the staff education (respect for human dignity), prevention of overloading and burnout, inspection of activities and staff supervision, the opening of institutions for the community (creating of volunteers jobs, ...) (In Kalvach et al. 2008).

In the issue of importance of prevention there is a difference in nurses' responses which is difficult to explain. Subjectively the most important prevention takes place at the family level, whilst the overall responses clearly show that the prevention by social workers is the most important. The lowest degree of importance is in both cases attributed to legislation. Nurses were assigned the fifth position of the ten alternatives by the respondents.

Our research has produced a partial view on the issue of violence against elderly people in Slovakia from the perspective of nursing. There are the following benefits of the research: to point out this issue; propose possible solutions from the perspective of nursing and especially to confirm that the violence in the age group of the elderly in institutional care is present, but not easy detectable. Because of low public and professional awareness and underestimation of this problem, it is also necessary to examine the particularities of this issue. Our findings are not exhaustive, but they are the suggestions for further exploration of this issue also in the area of nursing: domestic violence, economic violence against the elderly, the role of nurses in prevention and elimination of violence against the elderly.

Based on the outlined facts there are following possibilities of the prevention and elimination of violence in the context of nursing:

- Nurses must be ready to act on the individual level that is the level of a victim of violence; the level of a family and / or community, based on their competencies and skills level. Therefore they must be enabled to acquire and complete their professional knowledge and practical skills in assessing and solving the issue of violence through training, seminars and courses within further education.

- Nurses in contact with the elderly must show a sincere interest in them, using knowledge in psychology and communication, gained during the study and further education.
- Implementation of psychological trainings in the period of a study for future nurses as well as in further education of nurses focused on personal growth of nurses and on enhancing their EI.
- Within the study of nursing it is recommended to pay more attention to issues of violence and abuse of the elderly and to follow up cross-curricular relations.
- Nurses should be chosen and assigned to a post by a responsible worker (Deputy for nursing) according to their interest in providing care to the elderly age group. They must be people of high social conscience and humanistic attitudes, which are consequently transferred into the contacts with the elderly.
- To record the findings which may be related to violence against the elderly; pay attention to obscure falls.
- In professional journals to improve quality, but also an amount of information, such as sensible approach in obtaining social history of suspected violence against the elderly; recording the issue of violence against elderly by a nurse; publishing the standards; highlighting the work of geriatric nurses, enabling them relaxation stays associated with psychohygiene.

They are just some of the recommendations from the perspective of nursing how to solve the problem of violence against the elderly.

An individual themselves must be prepared for aging by the right way of life and must find a support in the family and educational institutions.

REFERENCES

- [1] BAKER M. W., HEITKEMPER, M. M. 2005. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing outlook*. 87-3545, S 253-259.
- [2] ČIŽMÁRIKOVÁ, I. 2003. Zneužívania starých ľudí. In *Revue medicíny v praxi*. s 19-20.
- [3] ČIŽMÁRIKOVÁ, I. 2008. Násilie na senioroch. In: *Sestra, tematický zôžit – Ošetrovateľstvo v geriatrici, 2008, ročník VII, č.3-4, ISSN 1335-9444*.
- [4] DAICHMAN, L. S. 2005. Elder abuse in developing nations. In Johnson, M. (ed.). *Age and Ageing*. New York: Cambridge University Press. S 323 – 331.
- [5] HABART, P., HÁVA, P. 2007. Problém týraní a zanedbávaní seniorů v zařízeních ústavní sociální péče v České republice. In: *Zdravotnictví v ČR*, S 22-27.
- [6] HEGYI, L., KOVÁŘOVÁ, M., TÓTH, K., BÉREŠOVÁ, A.: Násilie proti seniorom. In: *Lekársky obzor*, 2002, ročník 51, č. 12, s. 375-378, ISSN 0457-4214.
- [7] KALVACH, Z. et al. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. S 336.
- [8] KASANOVÁ, A. 2005. Týranie a zanedbávanie starých ľudí. In *Humanita*, 2005, roč. IX., č. 9, s. 13-15, ISSN 1336-2208.

- [9] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [10] RABOLD, S., GÖRGEN, T. 2007. Misshandlung und Vernachlässigung in der ambulanten Pflege. In *Z Gerontol Geriat*. 40 : 366-374.
- [11] ÚLEHLOVÁ, D., LEVOVÁ, J. 2009. Domácí násilí – vědí zdravotničtí pracovníci jak pomoci? In: *Sestra*, 2009, ročník 19, č. 2, s. 18 -19. ISSN 1210-0404.

Corresponding author

PhDr. Ingrid Juhásová
Faculty of Health and Social Care
Trnava University in Trnava
Department of Nursing
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava, Slovakia
e-mail: ingrid.juhasova@truni.sk

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV S ONKOHEMATOLOGICKÝM OCHORENÍM

Kamila Jurdíková¹, Oľga Trubanová²

¹Fakulta zdravotníctva Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

²Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D.Roosevelta v Banskej Bystrici

Abstrakt

Zvyšovanie záujmu o problematiku kvality života v ošetrovatelstve môžeme pozorovať v priebehu posledných dvoch desaťročiach. Príspevok je zameraný na hodnotenie kvality života u pacientov s chronickými, nevyliciteľnými ochoreniami. Cieľom prieskumnej časti bolo zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojho fyzického zdravia, psychiky, sociálnych vzťahov a svojho prostredia v prvých dňoch ich hospitalizácie a liečených ambulantne. Zistili sme, že v oblasti fyzického zdravia a psychiky hodnotia kvalitu svojho života lepšie muži ako ženy a v oblasti sociálnych vzťahov a prostredia hodnotia kvalitu svojho života lepšie ženy ako muži. Na základe analýzy výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že nie sú výrazné rozdiely v hodnotení kvality života u pacientov s onkohematologickým v ochorením vzhľadom na pohlavie.

Kľúčové slová

Kvalita života. Pacient. Onkohematologické ochorenie. Ošetrovateľská starostlivosť. Prieskum.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ONKOHEMATOLOGICAL DISEASE

Abstract

Increasing interest in the issue of quality of life in nursing can be seen in the last two decades. The contribution is aimed at assessing the quality of life in patients with chronic, incurable disease. The aim of the survey was to determine and compare the quality of life of patients with disease onkohematologickým considering gender when assessing your physical health, psychological, social relationships and their environment in the first days of hospitalization and outpatient treatment. We found that the physical health and psychological assess the quality of your life better men than women in the labor relations environment and assess their quality of life of women more than men. Based on the analysis of survey results we can conclude that there are significant differences in quality of life assessment in patients with the onkohematological disease view of sex.

Key words

Quality of life. Patient. Onkohematological disease. Nursing care. Survey.

Kvalita života

Človek si na základe svojich predstáv a očakávaní pokúša načrtnúť taký obraz svojho života, ktorý by mu umožnil úspešný, spokojný a šťastný život. Usiluje sa o to, nielen aby jeho život trval čo najdlhšie, ale aby spĺňal aj určité požiadavky a nároky. Možnosti naplniť tieto požiadavky sú do veľkej miery individuálne rozdielne a závisia od schopností a možností každého jednotlivého človeka. Kvalita života je vo svojom základe problém hodnôt (Zikmund, 2011, s.49).

Vedomosti a informácie o kvalite života sa výrazne zvýšili v posledných 20. rokoch. Svetová zdravotnícka organizácia predložila prvú pracovnú definíciu kvality života v roku 1993. Postupne sa objavovali ďalšie práce zamerané na štúdium kvality života, ktoré prinášali nové empirické vedomosti (Kebza, 2005, s. 57-58).

Kategória kvalita života nie je jednoznačne vymedzená. Definuje sa najčastejšie prostredníctvom pojmov a charakteristických znakov, ktoré sa pokladajú za významné. *Základnými pojmami vo väčšine definícií kvality života je pohoda, spokojnosť, očakávania a zmysluplnosť života.* Kvalita života predstavuje dynamický, subjektívny ukazovateľ hodnotenia života (Žiaková, 2009, s. 57).

Najčastejšie sociálne indikátory kvality života sú:

- zdravie, zabezpečenie potrieb,
- pracovné prostredie, voľný čas,
- rozvoj osobnosti, sociálna istota,
- životné prostredie, účasť na spoločenskom živote.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa kvalita života definuje ako jedincom vnímanú vlastnú pozíciu v živote, v kontexte svojej kultúry a hodnotového systému, vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniam, normám a obavám. Na kvalitu života pôsobia zdravotné, sociálne, ekonomické, environmentálne podmienky, ktoré predstavujú objektívnu realitu pre dobrý život a subjektívne prežívanie dobrého života.

Objektívnu stránku kvality života charakterizuje napĺňanie materiálnych, sociálnych a kultúrnych potrieb v závislosti od spoločenskej akceptácie jedinca, materiálneho dostatku a fyzického zdravia jedinca.

Subjektívna stránka kvality života je o dobrom životnom pociťovaní, spokojnosti a pohode okolo nás, všeobecnej spokojnosti so životom.

Kvalita života ako multidimenzionálny pojem je tvorený z piatich oblastí charakterizovaných týmito objektívnymi a subjektívnymi parametrami:

- fyzickým stavom,
- psychickým stavom,
- funkčným stavom umožňujúcim adaptáciu na psychickú a fyzickú záťaž,
- oblasťou sociálnych vzťahov,
- ekonomickou a finančnou oblasťou (Farkašová, 2009, s.212-213).

Ošetrovatel'stvo a kvalita života

Ošetrovatel'stvo ako profesia zameraná na starostlivosť o zdravých, chorých, trpiacich, odkázaných na pomoc je podmienkou pre zabezpečenie kvality ich života. Pri hodnotení vzťahu kvality života k zdraviu je potrebné sledovať biologickú, psychickú a sociálnu situáciu zdravej, chorej osoby v prostredí rodiny, nemocnice, prípadne v inom, často nepriaznivom prostredí, v ktorom je problémom zabezpečiť chorým osobnú pohodu. Trpiace, choré osoby strácajú v náročných situáciách zmysel života, čo je významný indikátor kvality života.

Ošetrovatel'stvo je denne konfrontované počas celých 24 hodín s deficitmi vo fyzickom, psychickom, sociálnom a duchovnom živote jedincov a skupín. Ošetrovatel'stvo je povolanie svojím prístupom zabezpečovať kvalitu života tým, ktorí hlavne zo zdravotných dôvodov nemôžu, nevedia alebo odmietajú uspokojovať svoje potreby nevyhnutné pre kvalitný život a pokojné umieranie.

Predpokladom, ale aj zárukou kvality života ošetrovaných je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Aby sestry mohli ošetrovateľskú starostlivosť lepšie indikovať, vykonávať a vyhodnocovať malo by ošetrovatel'stvo merať kvalitu života a jej dynamiku v oblasti biologickej, psychickej a sociálnej.

Metódy na meranie kvality života sa delia na:

- **objektívne** – zadáva ich druhá osoba, najpoužívanjšie sú Spitzerove kritéria kvality pacientovho života (pracovná schopnosť, fyzická nezávislosť od druhých, trávenie voľného času, bolesť, nepohodlie, nálada, finančná situácia, komunikácia, vzťahy s okolím, vedomosti o chorobe),
- **subjektívne** – hodnotí kvalitu života sama osoba, najčastejšie používanou metódou je SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality Life), je to individuálna metóda založená na vlastnom systéme hodnôt, ktoré sú pre jedinca dôležité v danej situácii,
- **zmiešané** - na zistenie kvality života sa používajú obidve metódy, príkladom tejto metódy môže byť MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), ktorou sa získava obraz kvality života osoby v konkrétnej chvíli, čo môžeme využiť priamo v ošetrovateľskom procese.

MANSA zisťuje spokojnosť v nasledovných oblastiach:

- zdravotný stav, rodinné a sociálne vzťahy, sebapoňatie, bezpečnostná situácia,
- finančná situácia, právny stav, životné prostredie, náboženstvo, zamestnanie a trávenie voľného času (Farkašová, 2009, s.215-217).

Ošetrovateľská starostlivosť o onkologicky chorých

Ošetrovateľská starostlivosť o onkologicky chorých predpokladá nielen dobrých odborníkov v ošetrovatel'stve, ale aj vysoko humánnych pracovníkov. Klinická onkológia môže napredovať len s humánne a vedecky zameraným ošetrovatel'stvom, ktoré nezostane na doterajšej asistentskej, technickej a výkonovej úrovni, ale stane sa tvorivým, racionálne-humánnym procesom. Citlivý ľudský prístup k trpiacemu zostane vždy prvoradou zložkou

ošetrovateľského procesu popri technických vymoženostiach, ktoré ťažkú prácu sestry uľahčujú a nových vedeckých poznatkoch, ktoré ju zdokonaľujú (Berč, Palková, 2008, s. 12).

Intervencie sestry

Najčastejšie intervencie sestry u pacienta s onkohematologickým ochorením:

1. Zvládnuť úspešne manažment bolesti, aplikovať ordinované analgetiká, opiáty, sledovať a zaznamenávať ich účinok.
2. Využiť metódy na minimalizáciu vnímania bolesti, sledovať a zaznamenávať verbálne a neverbálne prejavy bolesti pacienta.
3. Oboznámiť pacienta s bolestivými diagnostickými a liečebnými výkonmi.
4. Aplikovať antibiotiká, cytostatiká, antiemetiká a ďalšiu liečbu podľa ordinácie lekára, sledovať a zaznamenávať ich účinok.
5. Sledovať, ovplyvňovať a zaznamenávať nežiaduce účinky rádioterapie a chemoterapie.
6. Pripravovať cytostatiká, manipulovať s kontaminovaným materiálom v súlade s platnými právnymi predpismi, asistovať pri ich aplikácii, správne manipulovať s infúznymi pumpami.
7. Kontrolovať stav a funkčnosť intravenózných katétrov, centrálnych žilových katétrov, dlhodobých žilových katétrov a implantovaných (podkožných) venózných portov.
8. Uľahčiť adekvátne ventilovanie, podľa ordinácie lekára a podľa potreby podávať kyslík, sledovať a zaznamenávať jeho účinok.
9. Merat' a zaznamenávať podľa ordinácie lekára vitálne funkcie, centrálny venózný tlak, bilanciu tekutín, aplikovať lieky na zníženie telesnej teploty podľa ordinácie lekára (Vörösová, 2011, s. 117-118) (Schmidtová, 2008, s. 70-71).
10. Poskytovať v rámci ošetrovateľských kompetencií ústne a písomne informácie o ochorení, liečbe a jej nežiaducich účinkoch, o rizikových faktoroch, životospráve, aktivitách denného života.
11. Overovať vhodnými kontrolnými otázkami, či pacient správne pochopil poskytované informácie.
12. Rešpektovať súkromie a dôstojnosť pacienta.
13. Ovplyvňovať príčiny strachu, úzkosti pacienta realizovaním podpornej, terapeutickej komunikácie sestry s pacientom, podľa ordinácie lekára zabezpečiť konzultáciu so psychológom.
14. Umožniť pacientovi vyjadriť svoje pocity a emócie.
15. Naučiť pacienta akceptovať svoj telesný vzhľad, odporučiť používanie kompenzačných pomôcok (hlavne u žien – parochňa).
16. Zabezpečiť dostatočnú hydratáciu pacienta, na základe ordinácie lekára sledovať, zaznamenávať príjem a výdaj tekutín, sledovať príčiny znižujúce objem telových tekutín, naučiť pacienta ako predchádzať dehydratácie.

17. Zabezpečiť na základe ordinácie lekára prirodzenú výživu pacienta, enterálnu alebo parenterálnu výživu, spolupracovať s asistentom výživy, podávať naordinované lieky na podporu chuti a zlepšenie trávenia.
18. Sledovať a zaznamenávať stav výživy (hmotnosť, príjem potravy, vylučovanie, stav svalovej hmoty) (Vörösová, 2011, s. 117-118) (Schmidtová, 2008, s. 70-71).
19. viesť pacienta k pravidelnej a starostlivej hygiene ústnej dutiny (používať mäkkú zubnú kefku, nepoužívať zubnú pastu obsahujúcu alkohol a rôzne soli, pravidelne vyplachovať ústnu dutinu ordinovanými roztokmi po každom jedle, zubnú protézu používať len pri jedle, pri výskyte bolesti, gingivitíde, áft, petéchií si pacient pred každým jedlom vyplachuje ústa roztokom zmierňujúcim bolesť, vyvarovať sa horúcim jedlám a nápojom, uprednostňovať jedlá mäkkej konzistencie, prijímať najmenej 2 litre tekutín denne, vyhýbať sa dráždivému a kyslému jedlu, surovým potravinám pre možný obsah baktérií a plesní (Bocková, 2008, s. 39).
20. Sledovať a zaznamenávať frekvenciu a konzistenciu stolice, zabezpečiť hygienu po vyprázdnení. Podávať ordinované lieky, sledovať a zaznamenávať ich účinok.
21. Zabezpečiť dostatok spánku a odpočinku (pokojné prostredie, umožniť vykonať pacientovi používané rituály pred spánkom, v prípade potreby na základe ordinácie lekára podať hypnotiká).
22. Pomáhať pacientovi pri činnostiach, ktoré ho nadmerne vyčerpávajú.
23. Zhodnotiť a zaznamenávať u pacienta schopnosť sebaopatery u pacienta, viesť pacienta k sebestačnosti v úprave zovňajšku, v osobnej hygiene, v stravovaní, vo vyprázdňovaní (Vörösová, 2011, s. 117-118) (Schmidtová, 2008, s. 70-71).
24. Zabezpečiť efektívnu komunikáciu s pacientom (súkromie, tiché prostredie, empatia, aktívne počúvanie, dostatok času, navodenie dôvery, pomôcky na alternatívne dorozumievanie sa (Ó Connor, Aranda, 2005, s. 35).
25. Zabezpečiť sprostredkovanie kontaktu s príbuznými za podmienok rešpektovania obmedzení a aktívne zapájať rodinných príslušníkov do liečebného režimu pacienta.
26. Poskytnúť pacientovi na základe požiadavky duchovnú oporu návštevou duchovného, zabezpečiť účasť na bohoslužbách.
27. Sledovať a zaznamenávať prejavy krvácania na koži, sliznici, z telových dutín.
28. Realizovať opatrenia na predchádzanie poškodenia kože rádioterapiou, prevencia imobility, spolupracovať s fyzioterapeutom.
29. Dodržiavať aseptické a hygienické opatrenia pri všetkých intervenciách sestry, na zabránenie prenosu infekcie realizovať epidemiologické opatrenia.
30. Zaisťovať pacientovi bezpečnosť, v spolupráci s fyzioterapeutom naučiť pacienta používať kompenzačné pomôcky uľahčujúce pohyb (Vörösová, 2011, s. 117-118) (Schmidtová, 2008, s. 70-71).

Prieskum

Zámerom prieskumu, ktorý bol realizovaný od októbra do decembra 2011 na Hematologickom oddelení vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej

Bystrici bolo odpovedať na otázku: „Aká je kvalita života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie?“

Na získanie informácií o kvalite života pacientov s onkohematologickým ochorením sme použili ako hlavnú prieskumnú metódu štruktúrovaný dotazník Svetovej zdravotníckej organizácie zameraný na meranie kvality života a to v jeho skrátenej verzii WHOQOL-BREF.

Ciele prieskumu

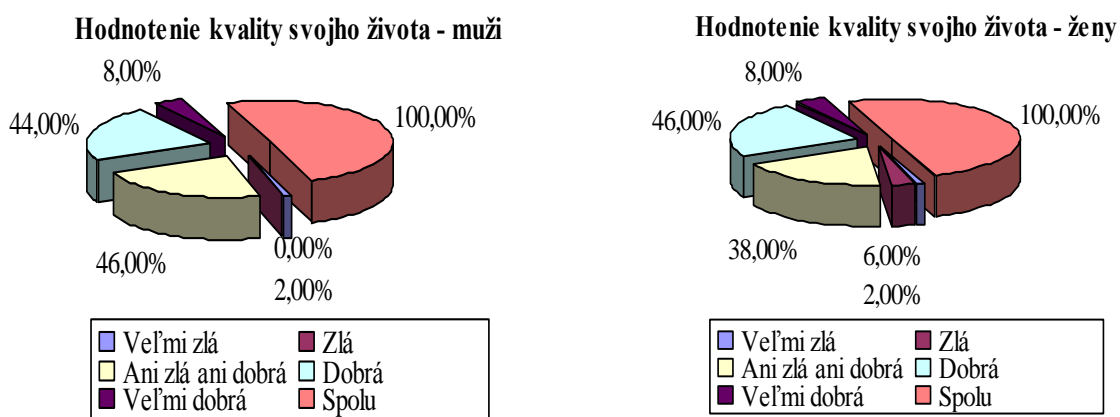
1. Zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojho fyzického zdravia.
2. Zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojej psychiky.
3. Zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojich sociálnych vzťahov.
4. Zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojho prostredia.

Prieskumný súbor

Pri získavaní prieskumnej vzorky sme postupovali zámerným výberom, ktorým sme vybrali pacientov v prvých dňoch hospitalizácie a ambulantne liečených pacientov s onkohematologickým ochorením. Prieskumnú vzorku tvorilo 100 (100%) pacientov, z toho muži v počte 50(50%) a ženy v počte 50(50%). Priemerný vek respondentov mužov bol 52 rokov a žien 51 rokov.

Výsledky prieskumu

(prezentácia vo vybranom grafickom znázornení a v diskusii)



Graf Hodnotenie kvality svojho života

Analýzou položiek z grafu pacienti muži hodnotili kvalitu svojho života za posledné dva týždne v 2% ako veľmi zlú, ako zlú hodnotilo 0%, ani zlú ani dobrú hodnotilo 46 % mužov, ako dobrú 44% mužov a ako veľmi dobrú 8% mužov. Ženy hodnotili kvalitu svojho života za

posledné dva týždne v 2% ako veľmi zlú, ako zlú 6%, ani zlú ani dobrú hodnotilo 38% žien, ako dobrú 46% žien a ako veľmi dobrú 8% ženy.

Diskusia

Cieľom č. 1 nášho prieskumu bolo zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojho fyzického

zdravia. Indikátormi hodnotenia boli: *bolesť ako prekážka v práci* (za žiadnu a miernu prekážku v práci ju hodnotili - muži 32% a ženy v 42%), *dostatok energie v každodennom živote* (hodnotením väčšinou áno, úplne, majú energie - muži v 62% a ženy v 48%), *schopnosť sa pohybovať* (hodnotením dobre, veľmi dobre - muži v 62%, ženy v 58%), *možnosť sa venovať svojim záľubám* (hodnotením väčšinou áno, úplne - muži v 56%, ženy v 60%), *závislosť na lekárskej starostlivosti* (hodnotením vôbec nie, trochu - muži v 24%, ženy v 14%), *spokojnosť so schopnosťou vykonávať každodenné činnosti* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 60%, ženy 46%), *spokojnosť s pracovným výkonom* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 66%, ženy 50%), *spokojnosť so spánkom* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 54%, ženy 48%), *spokojnosť so svojím zdravím* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 28%, ženy 30%).

Cieľom č. 2 nášho prieskumu bolo zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojej psychiky. Indikátormi hodnotenia boli: *radosť zo života* (hodnotením veľmi, maximálne - muži 64%, ženy 60%), *miera zmyslu života* (hodnotením veľmi, maximálne - muži 72%, ženy 78%), *prežívanie negatívnych emócií* (hodnotením nikdy, niekedy - muži 64%, ženy 56%), *spokojnosť so sebou* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 66%, ženy 50%), *akceptovanie svojho telesného vzhľadu* (hodnotením väčšinou áno, úplne - muži 80%, ženy 70%), *miera sústredenia sa* (hodnotením veľmi, maximálne - muži 50%, ženy 48%), *pocit bezpečia v každodennom živote* (hodnotením veľmi, maximálne - muži 20% , ženy 28%).

Cieľom č. 3 nášho prieskumu bolo zistiť a porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojich sociálnych vzťahov. Indikátormi hodnotenia boli: *spokojnosť s osobnými vzťahmi* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 72%, ženy 76%), *spokojnosť so sexuálnym životom* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 52%, ženy 48%), *spokojnosť s podporou priateľov* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 68%, ženy 92%).

Cieľom č. 4 nášho prieskumu bolo zistiť porovnať kvalitu života pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie pri hodnotení svojho prostredia.

Indikátormi hodnotenia boli: *spokojnosť s podmienkami v mieste bydliska* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 66%, ženy 64%), *spokojnosť s dopravou* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný - muži 46%, ženy 66%), *zdravé prostredie v každodennom živote* (hodnotením veľmi, maximálne - muži 36%, ženy 38%), *prístup k informáciám potrebných v každodennom živote* (hodnotením väčšinou áno, úplne – muži 78%, ženy 80%), *dostatok peňazí pre uspokojenie svojich potrieb* (hodnotením väčšinou áno, úplne – muži 30%, ženy 38%), *spokojnosť s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti* (hodnotením spokojný, veľmi spokojný – muži 56%, ženy 72%).

Zistili sme, že v oblasti fyzického zdravia a psychiky hodnotia kvalitu svojho života lepšie muži ako ženy a v oblasti sociálnych vzťahov a prostredia hodnotia kvalitu svojho života lepšie ženy ako muži. Na základe analýzy výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že nie sú výrazné rozdiely v hodnotení kvality života u pacientov s onkohematologickým ochorením vzhľadom na pohlavie.

Odporúčania pre prax

Realizovať prieskum o kvalite života pacientov s onkohematologickým ochorením cieľom využitia zistených výsledkov pri:

- zisťovaní priorít pacienta počas jeho ošetrovateľskej starostlivosti,
- výbere efektívnej intervencie pre pacienta,
- zlepšení komunikácie s pacientom,
- riešení problémov v psychosociálnej adaptácii pacienta na ochorenie,
- využívaní modelu multidisciplinárnej spolupráce.

Záver

Kvalita života pacientov s onkologickým ochorením je dlhodobým cieľom ošetrovateľskej starostlivosti. V oblasti zvyšovania kvality života by sa mala ošetrovateľská starostlivosť zamerať nielen na fyzické aspekty, ale hlavne na podporu pocitu bezpečia a návratu pacientov do bežného života, využívanie sociálnej podpory cez model multidisciplinárnej spolupráce, ktorý je kreatívny a vychádza zo zavedených praktických postupov (Červeňanová, Majeríková, 2011, s. 42) (Gurková, 2011, s. 141).

Použitá literatúra

- [1] BERČ, A., PALKOVÁ, E. et al. 2008. *Onkologické ošetrovateľstvo I*. Prvé vydanie. ZZ Design studio – Ing. Zvonimír Záviš, 2008. 182 s. ISBN 978-80-969605-3-8.
- [2] BOCKOVÁ, J. 2008. Starostlivosť o hygienu ústnej dutiny po chemoterapii. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2008, roč. VII., č. 7-8, s. 39.
- [3] ČERVEŇANOVÁ, E, MAJERÍKOVÁ, M. 2011. Sociálna starostlivosť o seniorov. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2011, roč. X., č. 7-8, s. 42.
- [4] FARKAŠOVÁ, D. et al. 2009. *Ošetrovateľstvo - teória*. 3.doplnené vydanie. Martin : Osveta, 2009. 245 s. ISBN 978-80-8063-322-6.
- [5] GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života*. 1. vydání. Grada Publishing, a. s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [6] KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vydání 1. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [7] O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče*. Vydání 1. Grada Publishing, a. s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [8] SCHMIDTOVÁ, Z. et al. 2008. *Vybrané odbory ošetrovateľstva*. Martin : Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-295-3.

- [9] VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.
- [10] ZIKMUND, V. 2011. *Zamyslenia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o., 2011. 99 s. ISBN 978-80-88952-68-8.
- [11] ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontaktná adresa

PhDr. Kamila Jurdíková

Fakulta zdravotníctva Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

E-mail: kamila.jurdikova@tnuni.sk

Oľga Trubanová , diplomovaná sestra

Hematologické oddelenie, Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici

E-mail: trubanova@centrum.sk

MOŽNOSTI ZVYŠOVÁNÍ KVALITY VÝUKY V MAGISTERSKÉM NAVAZUJÍCÍM STUDIJNÍM PROGRAMU INTENZIVNÍ PÉČE

Petra Juřeníková, Jana Dvořáková

Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity¹

Abstrakt

Článek popisuje možnosti zvýšení kvality výuky u magisterského studijního oboru Intenzivní péče prostřednictvím zavedení moderních výukových metod a větším propojením výuky s klinickou praxí ve zdravotnických zařízeních.

Klíčová slova

Kvalita výuky, studenti, specializace v oboru intenzivní péče.

THE POSSIBILITIES OF INCREASING QUALITY IN CONTINUING MASTER DEGREE, STUDY PROGRAM: NURSING IN INTENSIVE CARE

Abstract

The Article describes the possibilities of increasing quality in Continuing Master Degree, Study program - Nursing in Intensive care via establishing of modern educational methods and support of connection theoretical education with clinical practical training at the hospitals.

Key words

Quality of education, students, specialization at the branch Nursing in Intensive care.

Úvod

Na lékařské fakultě Masarykovy univerzity lze studovat v prezenční formě studia dvouletý navazující magisterský studijní program Specializace ve zdravotnictví, studijní obor Intenzivní péče. Podmínkou přijetí do studia je úspěšné ukončení studijního oboru Všeobecná sestra a splnění podmínek přijímacího řízení Lékařské fakulty MU. Studenti absolvováním studijního oboru Intenzivní péče kromě magisterského titulu získávají i odbornou specializaci v oboru Intenzivní péče. Po absolvování studia mohou působit např. v lůžkových zařízeních nemocnic - na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačních odděleních, na urgentním příjmu, v ambulancích bolesti, v přednemocniční neodkladné péči a v letecké záchranné službě, v dialyzačních centrech. Výuka v toto studijním oboru je náročná po stránce odborné i ekonomické. Vysoká kvalita výuky je nutná pro zajištění dostatečných kompetencí studentů při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče v oblasti intenzivní medicíny. Příprava studentů na jejich budoucí povolání musí probíhat co možná v nejpřirozenějších podmínkách podobným klinické praxi. Studenti v rámci dvouletého studia absolvují 1892 hodin výuky z toho ošetrovatelské praxe 760 hodin. Výuka je organizována

jako bloková, kdy vždy prvních 10 týdnů výuky v semestru probíhá v laboratorních podmínkách, kdy student nejdříve získá teoretické vědomosti a dovednosti a v dalších 5 týdnech si je ověřuje v klinické praxi.

Východiska řešení problematiky

Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity přijala výzvu MŠMT a podala žádost o finanční podporu z Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost pod prioritní osou Terciární vzdělávání, výzkum a vývoj, aby zkvalitnila výuku studijního oboru Intenzivní péče. Projekt po s názvem: "**Zkvalitnění výuky studijního oboru Intenzivní péče prostřednictvím jeho inovace**" se stal již druhým úspěšným projektem Katedry ošetrovatelství, a tak se od 1. 1. 2012 mohl sestavit nový realizační tým složený z pedagogických pracovníků Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a odborníků z klinické praxe z oblastí intenzivní medicíny a intenzivní ošetrovatelské praxe. Započala tříletá doba řešení projektu ve spolupráci s partnery projektu Fakultní nemocnicí Brno a Fakultní nemocnicí U svaté Anny.

Snahou projektu je zvýšení kvality výuky u studentů navazujícího magisterského oboru Intenzivní péče. Kvalitně vedená výuka využívající moderní výukové metody, odborníky z praxe pro teoretické i praktické předměty pomáhá připravit efektivně studenty na jejich budoucí povolání v poskytování vysoce specializované péče v oblasti intenzivní medicíny.

Analýza problematiky

Jednotlivé kroky pro zvýšení kvality výuky jsou:

1. Modernizace didaktických metod:

- a) Vytvoření e-learningových podpor pro 13 předmětů. E-learningová podpora umožní studentům efektivní přístup k učení a ve větším kontextu získat kvalitní výukový materiál (texty, prezentace, obrázky, videa, odkazy) s možností okamžitého ověření získaných znalostí a dovedností, s možností zvolit si individuální tempo svého učení.
- b) Větší využití metody praktického nácviku a problémového vyučování v laboratorních podmínkách na nových modelech (simulátorech) a pomůckách, které mají možnost simulovat krizové situace. Nácvik situací, jež ohrožují život pacienta na modelech a přístrojích umožní studentovi lépe zvládnout a procvičit ošetrovatelské činnosti v laboratorních podmínkách, což je dobrým základem pro jejich správné použití v klinické ošetrovatelské praxi.
- c) Aktualizaci a rozšíření obsahu Deníku ošetrovatelské praxe pro 1. a 2. ročník. Deník umožní studentovi a školiteli lépe provádět záznam oproti současné situaci, umožní zpřehlednění vykonávaných činností a monitorování pokroku studenta v jednotlivých semestrech.

2. **Rozšíření týmu odborníků z praxe a jejich větším zapojením** do teoretické a praktické výuky, které umožní studentovi lépe propojit získané teoretické znalosti do praxe a naopak. Odborníci z praxe budou implementovat své poznatky do e-learningových textů a tím se výuka více přiblíží praxi.

3. **Větší podpora stáží studentů u budoucích zaměstnavatelů** na pracovištích urgentní a intenzivní medicíny, která umožní ověřit si získané vědomosti v praxi.
4. **Kontinuální monitorování a vyhodnocování kvality** výuky odborné praxe studentů prostřednictvím supervize, řízených rozhovorů a dotazníkového šetření, které umožní pedagogům lépe reagovat na potřeby studentů v oblasti jejich znalostí a dovedností.
5. **Rozšíření nabídky studia o kombinovanou formu studia**, což umožní doplnění vzdělání sestřám pracujícím v oblasti intenzivní péče.

Jednotlivé kroky zvýšení kvality výuky byly dle požadavku a zadání projektu rozpracovány do pěti klíčových aktivit. Pro tyto aktivity byly ustanoveny týmy, které budou aktivně spolupracovat a podílet se na náplni záměru projektu.

- V rámci první klíčové aktivity dojde k vytvoření e-learningových podpor pro studenty magisterského studijního oboru Intenzivní péče. E-learningová podpora bude vypracována pro následující předměty: Přednemocniční neodkladná péče, Výzkum v ošetrovatelství, Didaktika sociální interakce v intenzivní péči, Ošetrovatelská péče v anesteziologii, Ošetrovatelská péče v resuscitační a intenzivní medicíně I a II, Intenzivní ošetrovatelská péče v interních oborech I, II a III, Intenzivní ošetrovatelská péče v chirurgických oborech I, II, a III, Chronická intenzivní péče. E-podpora poskytne ucelený přehled učiva v jednotlivých předmětech. E-kurz bude obsahovat vždy úvodní slovo, cíle, text a multimediální komponenty (diagramy, tabulky, grafy, animace, statickou grafiku, videa, simulátor, slide show, testy). E-learningové podpory po jejich vytvoření budou neustále aktualizovány o nové poznatky. Odborníci z praxe budou zajišťovat u těchto kurzů tutoriál.
- V druhé klíčové aktivitě bude aktualizován a rozšířen obsah Deník ošetrovatelské praxe, který budou používat studenti navazujícího magisterského studia studijního oboru Intenzivní péče. Deník ošetrovatelské praxe bude obsahovat záznam docházky studentů na jednotlivá klinická pracoviště v průběhu jejich celého studia, seznam ošetrovatelských činností, pokyny BOZP a chování studentů na pracovišti, cíle a témata pro jednotlivá pracoviště, semestrální seminární práce, hodnotící škály. Deník ošetrovatelské praxe bude používán v 5 předmětech - Ošetrovatelská praxe I, II, III, IV a Individuální ošetrovatelská praxe (po celou dobu studia).
- V průběhu třetí klíčové aktivity dojde k rozšíření týmu odborníků z praxe a k jejímu většímu zapojení (školitelů ošetrovatelské praxe) do výuky ošetrovatelské praxe studentů ve větším rozsahu než doposud (inovace), tím se umožní i individuální vedení výuky, což povede ke zvýšení kvality výuky (podporuje klíčovou aktivitu č. 4). Školitel bude mít na starosti maximálně dva 2 studenty. Ošetrovatelská praxe je organizována blokově vždy na konci semestru v rozsahu 160 hodin po celou dobu studia a dále v rozsahu 120 hodin v době letních prázdnin (červenec) na klinických pracovištích intenzivní medicíny. Student musí absolvovat 760 hodin ošetrovatelské praxe za celou dobu studia. Do této klíčové aktivity jsou zapojeni partneři projektu, kdy jejich přispěním dojde k rozšíření spektra pracovišť (inovace). Školitelé spolu se studenty budou používat deník ošetrovatelské praxe při výuce ošetrovatelské praxe (podporuje klíčovou aktivitu č. 2).

- V rámci čtvrté klíčové aktivity bude kontinuálně a soustavně monitorována výuka ve studijním oboru Intenzivní péče. K monitoraci a hodnocení kvality výuky bude v teoretických předmětech používána metoda dotazníkového šetření a metoda řízeného rozhovoru, jak u studentů, tak u pedagogů, kteří daný předmět vyučují. K monitoraci a hodnocení kvality výuky ošetrovatelské praxe bude využita metoda supervize a dotazníkového šetření. Veškeré podněty budou statisticky zpracovány a výsledky budou zapracovány do edukačního procesu studentů, což povede ke zkvalitnění jejich výuky.
- V rámci poslední - páté klíčové aktivity bude vytvořen materiál pro rozšíření formy studia o kombinovanou formu studia studijního oboru Intenzivní péče. Všichni studenti kombinované formy studia budou využívat produkty vytvořené v rámci jiných klíčových aktivit - e-learning (klíčová aktivita č. 1), Deník ošetrovatelské praxe (klíčová aktivita č. 2), pracovišť fakultních nemocnic a školitelů ošetrovatelské praxe (klíčová aktivita č. 3). Budou se podílet na evaluaci studijního programu a využívat výhod plynoucích ze zvyšování kvality výuky (klíčová aktivita č. 4). Rozšíření formy studia o kombinovanou formu umožní rozšířit si vzdělání sestrám, které již v praxi působí.

Závěr

Projekt Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost pod prioritní osou Terciární vzdělávání, výzkum a vývoj s názvem "Zkvalitnění výuky studijního oboru Intenzivní péče prostřednictvím jeho inovace" přinese studentovi kvalitnější přípravu na jeho budoucí povolání. Student bude mít možnost získat kvalitní vědomosti a dovednosti s pomocí moderních výukových metod v laboratorních podmínkách, které si bude mít možnost ověřit pod vedením odborníků z praxe na řadě špičkových akreditovaných pracovišť fakultních nemocnic. V rámci ošetrovatelské praxe budou mít možnost studenti používat deník ošetrovatelské praxe, který umožní lepší hodnocení studenta v rámci jeho klinické praxe. Zároveň deník umožní monitorovat docházku studenta na praxi, realizované ošetrovatelské činnosti a seminární práce. Deník pomůže lepší spolupráci odborníků z praxe při evaluaci studenta. Student bude mít možnost se podílet na hodnocení kvality výuky, což umožní reagovat členům týmu lépe na jejich potřeby. Studenti, kteří úspěšně ukončí studium zároveň s magisterským titulem získají i odbornou specializaci v Intenzivní péči a tím i možnost lepšího platového ohodnocení a v neposlední řadě výhodnějšího uplatnění na trhu práce.

Adresy autorů

Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.
Lékařská fakulta MU, Katedra ošetrovatelství
Kamenice 5, 625 00 Brno
e-mail: pjurenik@med.muni.cz

Jana Dvořáková
Lékařská fakulta MU, Katedra ošetrovatelství
Kamenice 5, 625 00 Brno
e-mail: janadvo@med.muni.cz

PSYCHICKÁ PRACOVNÁ ZÁŤAŽ U SESTIER

Helena Kadučáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

V rámci prevencie psychickej pracovnej záťaže sme sa v práci zamerali na zmapovanie výskytu rizikových faktorov syndrómu vyhorenia u sestier. Na zber empirických dát sme použili štandardizovaný dotazník MBI podľa Christiny Maslachovej. Vzorku tvorilo 75 sestier pracujúcich na štandardných pracoviskách nemocníc a 142 sestier pracujúcich na pracoviskách intenzívnej starostlivosti. Výsledky práce ukázali, že výskyt rizikových faktorov syndrómu vyhorenia u sestier je podmienený pracoviskom i dĺžkou praxe. V práci zistili, že dĺžka praxe je štatisticky významný rizikový faktor pre vznik syndrómu vyhorenia u sestier, najmä do 15 rokov praxe od nástupu do zamestnania. Úlohou ošetrovateľstva v tejto oblasti je zamerať sa na identifikáciu rizikových faktorov a následnú realizáciu preventívnych opatrení.

Kľúčové slová

Záťaž, Psychická pracovná záťaž, Ergonómia, Syndróm vyhorenia.

MENTAL WORKLOAD OF NURSES

Abstract

Within the prevention of mental workload, we work focused on mapping the occurrence of risk factors of burnout syndrom in nurses. For the collection of empirical data, we used a standardized questionnaire MBI according to Christina Maslachova. The sample consisted of 75 nurses working in standard hospital workplaces, and 142 nurses working in intensive care. Results of the study showed that the prevalence of risk factors of burnout in nurses is conditioned by workplace and length of work experience. The authors found that length of experience is statistically significant risk factor for burnout in nurses, particularly in the 15 years of experience of entry into employment. The role of nursing in this area is to focus on identifying risk factors and subsequent realization of preventive measures.

Key words

Load, mental workload, Ergonomics, Burn out.

Úvod

Záujem o problematiku psychickej pracovnej záťaže u zdravotníckych pracovníkov sa za posledné roky výrazne zvýšil. To môže súvisieť s čoraz vyššími požiadavkami a nárokmi na výkon zdravotníckeho povolania. Zvyšuje sa výskyt stresujúcich, rizikových faktorov v pracovnom aj osobnom živote pracovníkov s priamym nepriaznivým vplyvom na ich zdravotný stav a na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Poslaním sestier je pomáhať jednotlivcom, rodinám i skupinám uspokojovať aktuálne potreby a dosahovať maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú. Na sestry sa tým kladú vyššie nároky na naplnenie poslania (Ižová, 2009, s. 65).

Úlohu sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti analyzujú Červeňanová, Opršalová (2010) ako rozhodnutia, ktoré musia sestry robiť rýchlo, presne a často nezávisle, tak aby zabránili komplikáciám, zdôrazňujú vykonávať presne, zručne intervencie v prípade náhleho zhoršenia stavu, reagovať rýchlo v rôznych naliehavých situáciách, pozorne sledovať každý detail pacientovej starostlivosti, počas svojej praxe nadobúdať špecifické vzdelanie o kriticky chorých, pracovať tímovo, pracovať efektívne v potencionálne stresovom prostredí a poskytovať holistickú starostlivosť spolu s rodinnými príslušníkmi a príbuznými.

Psychická pracovná záťaž

Nadmerná psychická záťaž pri práci - fenomén súčasnej doby, ktorý sa stáva čoraz výraznejším a potreba jeho riešenia naliehavejšia. Tejto problematike sa venuje aj Medzinárodná ergonomická asociácia - International Ergonomics Association (ďalej len IEA) ktorá je významným partnerom medzinárodnej organizácie práce (ILO) a Medzinárodnej spoločnosti pre normalizáciu (IZO). IEA sa zameriava na prevenciu ochorení muskuloskeletárneho aparátu, ktoré vznikajú z nadmernej pracovnej námahy alebo z vynucovanej pracovnej polohy. Asociácia pracuje hlavne v oblastiach:

1. Fyzická ergonómia - zaoberá sa vplyvom pracovných podmienok a pracovného prostredia na ľudské zdravie. Patrí sem napríklad problematika pracovných polôh, manipulácia s predmetmi, opakované pracovné činnosti, profesionálne podmienené ochorenia najmä pohybového aparátu, usporiadanie pracovného miesta, bezpečnosť práce.
2. Kognitívna (psychická) ergonómia - je zameraná na psychologické aspekty pracovnej činnosti. Patrí sem psychická záťaž, procesy rozhodovania, zručnosti.
3. Organizačná ergonómia – sleduje optimalizáciu socio-technických systémov vrátane ich organizačných štruktúr, stratégií, postupov atď. Patrí sem ľudský systém v komunikácii, zaistení pocitu komfortu, tímová práca, sociálne klíma, režim práce a odpočinku, zmenová práca a pod.

IEA vo vzťahu k špecifickej prevencii ochorení muskuloskeletárneho aparátu sa zameriava hlavne v oblasti:

1. Myoskeletárna ergonómia - predmetom myoskeletárnej ergonomie je prevencia profesionálne podmienených ochorení pohybového aparátu so zameraním na ochorenia chrbtice a horných končatín z preťaženia.
2. Psychosociálna ergonómia - zaoberá sa psychologickými požiadavkami pri práci a stresovými faktormi. Významne sa podieľa pri výbere pracovníkov na adekvátne pracovné miesta. Má úzky vzťah k myoskeletárnej ergonómii, pretože stres, psychologické a sociálne faktory významne podporujú výskyt ochorení pohybového aparátu.

3. Participačná (účastnícka) ergonómia - podstatou tejto ergonómie je, že zmeny v usporiadaní pracoviska sú navrhované a realizované za spolupráce konkrétnych zamestnancov (Gilbertová, Matoušek, 2002).

V Slovenskej republike cieľom v tejto oblasti je nasmerovať záujmy a snahy všetkých zložiek spoločnosti na zdravie ako kľúčový faktor rozvoja spoločnosti a vytvoriť prostredie, v ktorom občania budú mať zaručené podmienky na podporu a ochranu svojho zdravia, právo na zdravotnú starostlivosť a na dostupnosť a rovnosť v jej poskytovaní. Aj na základe tejto skutočnosti bola prijatá vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci. Vyhláška definuje psychickú pracovnú záťaž ako súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov 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 psychofyziologických funkcií. Vyhláška definuje tri formy psychickej záťaže: senzorickú, mentálnu, emocionálnu.

Povinnosť uplatňovať vhodný systém riadenia rizika na pracovisku stanovuje u nás zamestnávateľovi Zákonník práce (zákon č. 311/2001Z.z.) v podobe povinnosti realizovať vhodný systém na riadenie ochrany práce.

Konkrétnejšie podmienky a jednotlivé povinnosti špecifikuje a vymedzuje zákon č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Kde sa stanovuje, že zamestnávateľ je povinný zisťovať nebezpečenstvá a ohrozenia, posudzovať riziko pri práci a vypracovať písomný dokument o posúdení rizika pri všetkých činnostiach vykonávaných zamestnancami.

Hlavným cieľom všetkých uvedených organizácií a dokumentov je pomáhať zvyšovať efektívnosť ľudskej práce, spoľahlivosť človeka a prevenciu v oblasti pracovných rizík a ponúkajú možnosť vykonávať prácu takým spôsobom, aby táto činnosť prinášala len malé zdravotné riziká a problémy, nakoľko jej ekonomický, spoločenský, zdravotný a morálno-etický význam je väčší než si mnohí z nás dokážu uvedomiť.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zmapovať výskyt syndrómu vyhorenia v zložke emocionálnej, depersonalizačnej a zložke pracovného výkonu u sestier pracujúcich na pracoviskách intenzívnej starostlivosti a na štandardných pracoviskách v nemocničných zariadeniach.

Súbor a metodika

Vzorku tvorilo 75 sestier (34%) pracujúcich na štandardných pracoviskách nemocničných zariadení a 142 sestier (66%) pracujúcich na OAIM/JIS v daných nemocničných zariadeniach spĺňajúce nasledovné kritériá: odborná práca pri lôžku v 3-zmennej prevádzke, ukončené odborné vzdelanie, ochota spolupracovať.

Na zber empirických dát bol použitý štandardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory), ktorý obsahuje 22 položiek zaradených do troch subškál:

emocionálnej (EE), depersonalizačnej (DP), pracovného výkonu (PA).

Dotazníkom MBI sa hodnotí na stupnici od 0 do 6 početnosť výskytu syndrómu vyhorenia, ale vyhodnocuje sa aj jeho početnosť intenzita (sila) pocitov na stupnici od 0 do 7. No mnohí autori odporúčajú používať buď alebo intenzitu pocitov. My sme si stanovili hodnotenie početnosti výskytu vyhorenia.

Subškála emociálnosti obsahuje 9 položiek, depersonalizačnú subškálu tvorí 5 položiek a subškálu pracovného výkonu tvorí 8 položiek. Hodnotiaca škála bola od 0 do 6, pričom 0 – nikdy, 1 – niekoľkokrát za rok, 2 – raz za mesiac, 3 – niekoľkokrát za mesiac, 4 – raz za týždeň, 5 – niekoľkokrát za týždeň a 6 – denne.

Charakteristika súboru

Demografické údaje získané z dotazníka uvádzame v nasledujúcich tabuľkách:

Tab. 1 Rozdelenie respondentov podľa pracovísk

	n	%
OAIM/JIS	142	65
Štandardné oddelenia	75	35

Tab. 2 Rozdelenie respondentov podľa dĺžky praxe

	Sestry na OAIM/JIS		Sestry na štandardných oddeleniach	
	n	%	n	%
do 5 rokov	39	28	18	24
6-10 rokov	37	26	10	13
11-15 rokov	28	20	17	23
16-20 rokov	13	9	12	16
21-30 rokov	23	16	13	17
viac ako 31 rokov	2	1	5	7

Tab. 3 Výskyt syndrómu vyhorenia na OAIM/JIS a na štandardných pracoviskách nemocničných zariadení

	Sestry na OAIM/JIS		Sestry na štandardných oddeleniach	
	n	%	n	%
Sestry ohrozené vyhorením	67	47	27	36
Stredný stupeň vyhorenia	23	16	30	40
Sestry s vyhorením	52	37	18	24

Výsledky v tabuľke 3 poukazujú na vyšší výskyt syndrómu vyhorenia u 37 % sestier na pracoviskách OAIM/JIS, ako u 24 % sestier pracujúcich na štandardných oddeleniach. 47 % sestier na OAIM/JIS hrozí vyhorenie a na štandardných pracoviskách je to u 16 % sestier. Stredný stupeň vyhorenia dominuje na štandardných pracoviskách u 40 % sestier. Štatistické údaje sa overovali pomocou intervalového odhadu pre proporcie. Vo vzorke 142 sestier pracujúcich na OAIM/JIS pracoviskách trpí syndrómom vyhorenia 52 sestier (proporcía

$p_I=0,3662$). Oproti tomu vo vzorke 75 sestier pracujúcich na štandardných pracoviskách syndrómom vyhorenia trpí 18 sestier (proporcía $p_I=0,24$). Teda s 95% spoľahlivosťou sa rozdiel proporcií týchto populácií nachádza v intervale 0,0012 – 0,2512. Teda s 95% spoľahlivosťou je vyšší výskyt vyhorenia je na OAIM/JIS.

Tab. 4 Prítomnosť emocionálnej zložky syndrómu vyhorenia u sestier

	Sestry na OAIM/JIS		Sestry na štandardných oddeleniach	
	n	%	n	%
Vysoký stupeň vyhorenia	48	34	23	30
Stredný stupeň vyhorenia	28	20	18	26
Nízky stupeň vyhorenia	66	46	33	44

Vysoký stupeň vyhorenia v oblasti emocionálnej je v 34% u sestier pracujúcich na OAIM/JIS a v 30% u sestier pracujúcich na štandardných pracoviskách, aj keď percentuálny rozdiel medzi pracoviskami je veľmi nízky (4%). Nepatrné percentuálne rozdiely (6%) sú aj v strednom stupni vyhorenia.

Na OAIM/JIS až 25% sestier udáva, že ich práca je veľmi náročná, 15% sestier je emočne vyčerpaných z práce a 15% sestier uvádza fyzické vyčerpanie. No 20% sestier na štandardných oddeleniach uvádza ako príčinu vysokého stupňa vyhorenia v emocionálnej oblasti fyzickú vyčerpanosť, 17% sestier uvádza náročnosť práce a 13% sestier má pocit, že je na hranici svojich síl. Na základe tých uvedených výsledkov možno konštatovať, že všetky sestry, aj na OAIM/JIS, aj na štandardných pracoviskách, sú fyzicky a emočne vyčerpané.

Tab. 5 Vplyv pracovného výkonu na syndróm vyhorenia u sestier

	Sestry na OAIM/JIS		Sestry na štandardných oddeleniach	
	n	%	n	%
Vysoký stupeň vyhorenia	95	67	36	40
Stredný stupeň vyhorenia	31	22	24	32
Nízky stupeň vyhorenia	16	11	15	20

Na OAIM/JIS vysokým stupňom vyhorenia trpí 67% sestier a na štandardných pracoviskách 48% sestier. Ale vyhorením je ohrozených až 32% sestier na štandardných pracoviskách oproti OAIM/JIS, kde vyhorením v zložke pracovného výkonu je ohrozených 22% sestier.

Ako uvádzajú sestry dôvodom takéhoto vysokého percenta vyhorenia sestier na OAIM/JIS v oblasti pracovného výkonu je, že až 38% „vyhorených“ sestier nemá dobrý pocit z vykonanej práce, a 56% z nich nedokáže riešiť emočné problémy súvisiace so svojou prácou a 28% z nich sa nevžíva do pocitov svojich spolupracovníkov. Na štandardných oddeleniach 17% sestier zo sestier trpiacich vyhorením uviedlo, že nemá dobrý pocit z vykonanej práce, až

38% sa nedokáž vžiť do pocitov svojich spolupracovníkov a len 6% z nich nezvláda riešiť emočné problémy týkajúce sa ich práce.

V štatistickom teste intervalového odhadu pre porovnanie proporcií má interval 0,052 – 0,326. Na OAIM/JIS je dominantnejší výskyt vysokého stupňa vyhorenia v oblasti zníženého pracovného výkonu oproti štandardným oddeleniam.

Tab. 6 Vplyv depersonalizačnej zložky na syndróm vyhorenia u sestier

	Sestry na OAIM/JIS		Sestry na štandardných oddeleniach	
	n	%	n	%
Vysoký stupeň vyhorenia	44	31	26	34
Stredný stupeň vyhorenia	39	27	16	21
Nízky stupeň vyhorenia	59	42	34	45

Nízky stupeň vyhorenia dominuje u 45 % sestier na štandardných pracoviskách v nemocničných zariadeniach v oblasti odosobnenia. No na druhej strane až 34% sestier trpí vysokým stupňom vyhorenia v tejto oblasti syndrómu vyhorenia. Podobne je to s OAIM/JIS pracoviskami, lebo v tejto oblasti dominuje nízky stupeň vyhorenia u 42% sestier, ale až 31 % sestier je zasiahnutých vyhorením v oblasti depersonalizácie.

Tab. 7 Vplyv dĺžky praxe na výskyt syndrómu vyhorenia

	Sestry na OAIM/JIS		Sestry na štandardných oddeleniach	
	n- 119	83 %	n- 45	60 %
do 5 rokov	36	25	10	13
6-10 rokov	32	23	7	9
11-15 rokov	22	16	8	11
16-20 rokov	12	8	6	8
21-25 rokov	8	5	8	11
26- 30 rokov	5	4	2	3
viac ako 31 rokov	4	3	4	5

U 25 % sestier na OAIM/JIS sa vyhorenie vyskytuje s dĺžkou praxe do 5 rokov, čo je najviac. Nasleduje prax v období 6 – 10 rokov u 23% sestier a 11 – 15 rokov u 16% sestier (tab. 7). Čím viac sa dĺžka praxe zvyšovala, tým menej sa u sestier vyskytoval syndróm vyhorenia. No na štandardných pracoviskách sa syndróm vyhorenia najviac vyskytuje u 13 % sestier pracujúcich na danom oddelení do 5 rokov, u 11% sestier, ktoré pracujú 11 – 15 rokov a u 11% sestier s praxou 21 – 25 rokov.

Štatistická významnosť vplyvu dĺžky praxe na výskyt syndrómu vyhorenia

Tab. 8 Vzťah dĺžky praxe a syndrómu vyhorenia na OAIM/JIS a štandardných pracoviskách (tabuľka logistickej regresie)

	koeficienty	významnosť**	pomer šancí	95,0% interval spoľahlivosti	
				dolná hranica	horná hranica
pracovisko*	-1,040	0,001	0,354	0,186	0,671
dĺžka praxe	-0,047	0,006	0,954	0,923	0,987
konštanta	2,130	0,000	8,419		

* referenčná kategória: pracovisko OAIM/JIS

** hladina významnosti 0,05

Štatistická významnosť vplyvu dĺžky praxe na výskyt syndrómu vyhorenia u sestier sú uvedené v tabuľke 8, ako vyplýva z tabuľky pracovisko i dĺžka praxe sú rizikovým faktorom vzniku syndrómu vyhorenia. Dĺžka praxe u sestier na pracoviskách OAIM/JIS má štatistickú významnosť na výskyte syndrómu vyhorenia. Sestry pracujúce na štandardných pracoviskách majú 0,354 krát nižšiu šancu syndrómu vyhorenia ako sestry na pracoviskách OAIM/JIS. Dĺžka praxe do 15 rokov sa s 95% spoľahlivosťou javí ako rizikový faktor pre výskyt syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na OAIM/JIS pracoviskách. U sestier pracujúcich na štandardných pracoviskách sa dĺžka praxe ako rizikový faktor javí u sestier pracujúcich do 5 rokov, potom u sestier s praxou od 11 do 15 rokov a nakoniec u sestier s praxou od 21 do 25 rokov. u sestier na OAIM/JIS s rastúcou dĺžkou praxe (od 16 rokov a vyššie) klesá riziko syndrómu vyhorenia. Na štandardných pracoviskách riziko vzniku syndrómu vyhorenia je nižšie u sestier s praxou 6-10 rokov a 16-20 rokov a rapídne klesá u sestier s praxou nad 26 rokov.

Diskusia

V práci sme sa zamerali na zmapovanie rizikových faktorov syndrómu vyhorenia u sestier na pracoviskách OAIM/JIS a na štandardných pracoviskách v nemocničných zariadeniach. Vo Francúzsku v Paríži v roku 2006 Poncetová et al. zrealizovali výskumnú štúdiu na JIS v siedmych nemocničných zariadeniach na 2392 zdravotníckych pracovníkoch, pričom 80% z nich boli sestry. Autori došli k záveru, že 43% sestier v intenzívnej starostlivosti trpí vysokým stupňom vyhorenia a začína to dosahovať kritickú hranicu vo výskyte vyhorenia. Podobnú štúdiu realizoval Eduardo dos Santos (2009) v Brazílii, kde u 34 sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti zistil, že až 74% sestier trpí stredným stupňom vyhorenia a 26% sestier potvrdilo prítomnosť syndrómu vyhorenia.

V uvedených štúdiách dominuje vysoký a stredný stupeň vyhorenia práve na urgentných pracoviskách, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť, teda na OAIM/JIS. Ide o alarmujúci stav, čo potvrdzujú aj výsledky štúdie realizovanej na Slovensku (Dimunová, 2009), z ktorých vyplýva, že sestry sú zasiahnuté syndrómom vyhorenia vo všetkých zložkách (EE, PA, DP). Simočková so Zamboriovou (2011) uvádzajú, že pri zisťovaní pracovnej

záťaže na výskumnej vzorke 1473 respondentov, sestry uvádzajú, že väčšmi pociťujú psychickú záťaž.

Sestry na diskusných fórach uvádzajú, že na pracoviskách je minimálne personálne zabezpečenie, fyzicky a psychicky vyčerpávajúca práca, narušené medziľudské pracovné vzťahy, nedostatok času na oddych, relaxáciu. Tieto rizikové faktory vedú sestry k negatívnym pocitom zo svojej vykonávanej práce čo vedie až k zmene profesie. Moraučíková, Chrústová (2010) v podobnej štúdii zistili, že 60% sestier pracujúcich na štandardných pracoviskách uvažuje o zmene zamestnania. To všetko sú skutočnosti, ktoré vedú k výskytu syndrómu vyhorenia a prispievajú k zníženiu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti sestrou.

Záver

Psychická pracovná záťaž sa v dnešnej dobe čoraz viac stáva aktuálnou témou, o ktorej sa veľa diskutuje na odborných fórach. Aj napriek všetkým možnostiam, ktoré sa nám ponúkajú, stúpajú rizikové faktory syndrómu vyhorenia, čím sa zvyšuje aj riziko vzniku civilizacyjnych ochorení. Psychickou pracovnou záťažou sú najčastejšie zasiahnutí ľudia v pomáhajúcich profesiách, do ktorej patrí aj profesia sestry. Sestra sa denne stretáva s bolesťou, utrpením, a smrťou, pomáha chorým a ich príbuzným, stará sa o rodinu, čím svoje osobné záujmy a potreby posúva do úzadia. Príčinou vzniku rizikových faktorov syndrómu vyhorenia môže byť aj zvyšujúca sa náročnosť práce a vysoké požiadavky kladené na ňu. K tomu prispievajú aj rôzne spoločenské a legislatívne zmeny. To všetko postupom času u sestry môže vyvolať negatívne pocity, ktorá pod tlakom všetkých tých udalostí, činností a povinností už ďalej nevládze, obviňuje svoje okolie, že sa jej nedarí, je unavená, vyčerpaná. Ak sa nezachytí tento stav, nerealizuje sa odborná pomoc či preventívne opatrenia sestra sa dostáva do stavu vyhorenia, kedy potrebuje pomoc ona sama.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- [1] ČERVEŇANOVÁ, E., OPRŠALOVÁ, G. 2010. Nursing Standards and Intensive Care. In *Univesity Review*. ISSN 1337-60, 2010, vol. 4, no. 4, s. 15-18
- [2] DIMUNOVÁ, L. 2009. Chránia si sestry zdravie? In *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia. ISSN 1335-9444. 2009, roč. VIII, č. 11-12, s. 17.
- [3] EDUARDO dos SANTOS, F., et al. 2009. *Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit*. [online]. 2009, [cit. 2012-01-13]. Dostupné na internete: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/979-einsteinv7n1p58_63_eng.pdf>. 6s.
- [4] GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O. 2002. *Ergonomie optimalizace lidské činnosti*. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. 239 s. ISBN 80-247-0226-6.
- [5] IŽOVÁ, M. 2009. Etické aspekty poskytovania informácií v práci sestry. In *Etické aspekty ošetrovateľskej péče v teorii a praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav aplikovaných společenských věd. 2009. ISBN 978-80-7013-506-8,

- [6] MORAUČÍKOVÁ, E., CHRÚSTOVÁ, A. 2010. Stres v práci sestry. In *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Ružomberok: Verbum. 2010. ISBN 978-80-8084-548-3, s.164 – 173.
- [7] PONCETOVÁ, M. C. et al. 2006. *Burnout syndrome in Critical Care Nursing Staff*. [online]. 2006, [cit.2012.01.13]. Dostupné na internete: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/reprint/175/7/698.pdf>>. 7s. s. 65-70.
- [8] SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. 2011. Postoje sestier k determinantom zdravia. In *Sestra a lekár v praxi : časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X., č. 3-4, s. 16-21.
- [9] Vyhláška MZ SR č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci
- [10] Zákon NR SR č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- [11] Zákon NR SR č. 311/2001 Z.z. Zákonník práce

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: helena.kaducakova@ku.sk

KOMUNIKÁCIA SESTIER S DETSKÝM ONKOLOGICKÝM PACIENTOM A JEHO PODPORNÝMI OSOBAMI – RODIČMI

Zuzana Karabová, Ľubica Ilievová

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

Abstrakt

Cieľ: Téma komunikácie je stále aktuálna v ošetrovateľskej starostlivosti. V prieskume sme sa zamerali na komunikáciu sestier s detským onkologickým pacientom a jeho podpornými osobami (rodičmi). Metódy: Na zber empirických dát boli použité neštandardizované dotazníky vlastnej konštrukcie. Dotazníky boli určené pre sestry pracujúce na Klinike detskej hematológie a onkológie – oddelenie malých detí Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave a druhý dotazník bol adresovaný podporným osobám (rodičom) detských onkologických pacientov hospitalizovaných na Klinike detskej hematológie a onkológie – oddelenia malých detí Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave. Prieskumu sa zúčastnilo 16 sestier a 40 podporných osôb (rodičov) hospitalizovaných detských onkologických pacientov. Výsledky: Na základe prieskumu možno tvrdiť, že podporné osoby (rodičia) detských onkologických pacientov vyjadrili spokojnosť s komunikáciou sestier. Záver: Komunikácia je dôležitou súčasťou poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, z tohto dôvodu je nutné neustále prehlbovanie vedomostí sestier v tejto oblasti.

Kľúčové slová

Detský onkologický pacient, rodič, sestra, komunikácia.

NURSES' COMMUNICATION WITH PEDIATRIC CANCER PATIENTS AND THEIR SUPPORTIVE PEOPLE, PARENTS

Abstract

Aims: The issue of communication is still topical in health care. The research was aimed at the nurses' communication with paediatric oncologic patients and their supporting persons (the parents). Methodology: The empirical data was obtained by using non-standardized questioners created by the authors of the paper themselves. One questionnaire was given to the nurses working at the Department of Paediatric Haematology and Oncology at the compartment for young children at the Children's University Hospital in Bratislava; the other was given to the supporting persons (parents) of the children treated at the Department of Paediatric Haematology and Oncology at compartment for young children at the Children's University Hospital in Bratislava. 16 nurses and 40 supporting persons (parents) took part in the research. **Results:** On the grounds of the research, it can be claimed that the supporting persons (parents) are satisfied with the nurses' communication with their children. Conclusion: Communication is an essential part of health-care and therefore it is necessary that the nurses continuously keep extending their knowledge in this field.

Key words

Paediatric oncologic patient, parent, nurse, communication.

Úvod

*Komunikácia ovplyvňuje chápanie ľudí v závislosti od situácie v ktorej sa nachádzajú. Väčšia časť dostupnej literatúry sa venuje téme komunikácia s dospelými onkologickými pacientmi, ale špecifiká komunikácie s detskými onkologickými pacientmi sú uvádzané len minimálne (Sobo, 2004, s. 150). Oznámenie onkologického ochorenia u dieťaťa je asi jednou z najhorších správ, ktorú môže rodič dostať. Obzvlášť pre matku je to mimoriadna psychická záťaž. Matka trpí strachom a napriek tomu musí v sebe mobilizovať všetky sily, aby bola pre dieťa oporou. Podobne aj oznámenie tejto informácii dieťaťu, je úloha veľmi komplikovaná a nie jednoduchá (Linhartová, 2007, s. 123). Stiefel (2006, s. 73) tvrdí, že špecifickým aspektom komunikácie s dieťaťom s onkologickým ochorením je práve otvorenosť v komunikácii o chorobe. *Onkologické ochorenie postihuje nielen samotné dieťa, ale aj celú jeho rodinu. Nastane výrazná zmena nielen v živote samotného dieťaťa, ale aj u rodičov a súrodencov (Linhartová, 2007, s. 123). Rečková (2011, s. 51) zdôrazňuje, že efektívna komunikácia s pacientom a jeho rodičmi je kľúčová.* Komunikácia s pacientom, verbálna i neverbálna, značne ovplyvňuje kvalitu vzájomne utvoreného vzťahu (Linhartová, 2007, s. 57). Aktívna komunikácia sestier s hospitalizovaným dieťaťom je predpokladom úspešného poskytovania starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Komunikácia s dieťaťom a jeho rodičmi si vyžaduje veľkú dávku trpezlivosti, dôslednosti, úprimnosti, ľudskosti, schopnosti načúvať, ale aj profesionálne vystupovanie. Komunikácia s chorými deťmi a rodinnými príslušníkmi je veľmi náročná a vyžaduje si od sestry ochotu, znalosť správnej komunikácie a komunikačné zručnosti, ktoré zabezpečia, že komunikácia s nimi bude trpezlivá, etická, empatická, otvorená, ústretová, individuálna a rešpektujúca holistický pohľad na osoby v profesionálnom vzťahu sestra – choré dieťa – rodič (Boledovičová, 2006, s. 47-49).*

Ciele

Prieskum sme zamerali na identifikovanie problémov sestier v komunikácii s detským onkologickým pacientom a ich podpornými osobami (rodičmi), zároveň sme chceli zistiť spokojnosť podporných osôb (rodičov) s ich vzájomnou komunikáciou so sestrami.

Materiál a metodika

Pre zber empirických údajov sme použili neštandardizované dotazníky vlastnej konštrukcie. Dotazníky obsahovali otvorené, poloopené a zatvorené položky, pri formulácii položiek sme sa snažili o ich jasnosť, konkrétnosť a zrozumiteľnosť. 16 sestier pracujúcich na Klinike detskej hematológie a onkológie – oddelenia malých detí Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave tvorili prvú prieskumnú vzorku. 40 rodičov detských onkologických pacientov hospitalizovaných na Klinike detskej hematológie a onkológie – oddelenia malých detí Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave tvorilo druhú prieskumnú vzorku. Pred vyplnením dotazníkov sme viedli s každým respondentom osobný

rozhovor a vysvetlili sme ciele prieskumu. Dotazníky boli anonymné a v priebehu ich vyplňovania boli dodržané etické aspekty, ktoré sú kladené na výskum v ošetrovatelstve. Problému návratnosti dotazníkov sme sa vyhli ich priamym odovzdávaním do príslušného množstva obálok. Návratnosť dotazníkov bola 100 %. Prieskum sa realizoval na základe súhlasu vedenia Kliniky detskej hematológie a onkológie – oddelenia malých detí Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou v Bratislave v období od 20.02. do 28.02. 2010. Textové údaje uvedené v dotazníkoch sme pomocou číselného kódovania previedli do podoby štatisticky spracovateľných informácií. Získané údaje z neštandardizovaných dotazníkov sme analyzovali a spracovávali pomocou programu Excel. Na vyhodnotenie prieskumu sme použili všeobecný popis metód štatistickej analýzy test významnosti odpovedí, test súvisu jednotlivých otázok – faktorovú analýzu, test náhodnosti odpovedí. Pre vyhodnotenie jednotlivých odpovedí od náhodného rozdelenia sme použili chí-kvadrát test.

Výsledky

Na základe vyššie uvedených cieľov sme v prieskume formulovali dve hypotézy, jednu vzťahujúcu sa pre sestry a druhá hypotéza vzťahujúca sa pre vzorku podporných osôb (rodičov) detských onkologických pacientov.

H1: Predpokladáme, že pre podporné osoby detských onkologických pacientov (rodičov) bude dôležitejšia verbálna forma komunikácie, ako neverbálna forma komunikácie.

Hypotéza H1 bola overovaná otázkami (ot.) č. 1, 2, 3, 8, 9, prvé tri otázky zohľadňovali v alternatívach odpovedí verbálnu a neverbálnu formu komunikácie. Otázka č. 8 sa zameriavala na neverbálnu formu komunikácie, otázka č. 9 sa týkala verbálnej formy komunikácie.

Pri otázke č.1: Podľa Vášho názoru, čo vyvoláva u podpornej osoby (rodičov) komunikácia so sestrou? Medzi verbálnu formu komunikácie boli zaradené možnosti odpovedí a) dôveru a istotu b) nedôveru a neistotu, medzi neverbálne formy komunikácie sme zaradili odpoveď c) ľahostajnosť. Odpoveď d) v znení iné, nebola použitá. Celkovo zo vzorky 16 sestier volilo 14 sestier odpoveď a). Odpoveď b) a c) boli označené jeden krát. Pri tomto rozdelení vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,0000003, teda na hladine významnosti 1 % sa hypotéza H1 potvrdila. Pri otázke č.1 u vzorky podporných osôb (rodičov) hodnota chí-kvadrát testu vyšla oproti náhodnému rozdeleniu 0,0000000025 teda na hladine významnosti 1 % sa hypotéza H1 potvrdila.

Pri otázke č. 2: Podľa Vášho názoru, čo podpornú osobu (rodiča) zaujme pri komunikácii so sestrou? Medzi verbálnu formu komunikácie boli zaradené odpovede d) obsah rozhovoru a spôsob ako so mnou sestra komunikovala, medzi neverbálne odpovede možnosti a) mimika sestry, b) gestikulácia sestry, c) pohľad a výraz očí. Odpoveď e) v znení iné, respondentmi podpornými osobami (rodičmi) použitá nebola. Sestry pri tejto otázke vo veľkej miere volili viac možností odpovede. Celkovo zo 16 sestier bolo v súčte 12 odpovedí a), 4 odpovede b), 3 odpovede c) a 15 odpovedí d). Pre toto rozdelenie možností odpovedí však nie najvhodnejšie použitie chí-kvadrát testu v porovnaní s náhodným rozdelením, nakoľko početnosť prvej a štvrtej odpovede je podstatne vyššia, ako početnosť odpovedí b) a c). Okrem toho hypotézu H1 podporuje len jedna odpoveď, zatiaľ čo proti jej platnosti sú až tri

odpovede. Preto sa nám javí najvhodnejšie vyhodnotiť v porovnaní s náhodným rozdelením len dve najčastejšie odpovede, teda odpoveď a) a d). Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,56. Hypotéza H1 sa nepotvrdila. Pri otázke č. 2: Čo vo Vás pri komunikácii so sestrou zaujme? Zo vzorky podporných osôb (rodičov) 40 bolo v súčte 21 odpovedí a), 0 odpovedí b), 9 odpovedí c) a 30 odpovedí d). Pre toto rozdelenie možností odpovedí však taktiež nie najvhodnejšie použitie chí-kvadrát testu v porovnaní s náhodným rozdelením, nakoľko početnosť prvej a štvrtej odpovede je podstatne vyššia, ako početnosť odpovedí b) a c). Okrem toho hypotézu H1 podporuje len jedna odpoveď, zatiaľ čo proti jej platnosti sú až tri odpovede. Preto sme aj tu porovnávali s náhodným rozdelením len dve najčastejšie odpovede, teda odpoveď a) a d). Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,21. Hypotéza H1 sa nepotvrdila.

Pri otázke č. 3: Podľa Vášho názoru, čo podporná osoba (rodič) pri komunikácii so sestrou oceňuje? Medzi verbálnu formu komunikácie bola zaradená možnosť odpovede a) informácie, ktoré mu sestra odovzdáva. Medzi neverbálnu formu komunikácie bola zaradená možnosť odpovede b) pohľad, úsmev, pohladenie. Odpoveď c) je v znení – oboje, takže ju musíme zaradiť do oboch skupín (verbálnej aj neverbálnej formy komunikácie). Odpoveď d) v znení iné, respondentmi použitá nebola. Sestry odpovedali 4 krát možnosťou a) a 12 krát možnosťou c), v tomto prípade musíme odpoveď c) započítať do oboch foriem komunikácie, takže výsledok chí-kvadrát testu pre takéto rozloženie je 0,45. Pri tejto otázke sa hypotéza H1 nepotvrdila. Pri otázke č. 3 podporné osoby (rodičia) odpovedali 8 krát možnosťou a), 1 krát možnosťou b), a 31 krát možnosťou c). Odpoveď c) sme započítali do oboch foriem komunikácie. Výsledok chí-kvadrát testu pre takéto rozloženie je 0,41. Pri tejto otázke sa hypotéza H1 nepotvrdila.

Dvojica otázok č. 8. a č. 9. Otázka č. 8: Myslíte, si že sestry prejavujú ochotu komunikovať s podpornými osobami (rodičmi)? Otázka č. 9: Používajú sestry pri komunikácii s detským onkologickým pacientom úsmev? Otázky nemajú v možnostiach odpovede rozlíšenie verbálnej a neverbálnej formy komunikácie. Pri vyhodnotení dvojice najčastejších odpovedí nám pri otázke č. 9 vyšiel rozdiel v porovnaní s náhodným rozdelením na hladine významnosti 5 %. Pri otázke č. 8 nie je rozdiel dostatočný pre niektorú hladinu významnosti. Z toho môžeme nepriamo usudzovať, že verbálna forma komunikácie je jednoznačnejšia, ako neverbálna forma komunikácie. Hypotézu H1 to mierne podporuje. Z troch jednoznačne vyhodnotených otázok dve hypotézu H1 nepotvrdzujú a jedna potvrdzuje. Nepriama analýza otázok č. 8 a č. 9 nám hypotézu skôr potvrdzuje. Celkovo však musíme hypotézu H1 vyhodnotiť ako nepotvrdenú. Dvojica otázok č. 8 a č. 9 pre podporné osoby (rodičov) nám pri oboch otázkach vychádza rozdiel v porovnaní s náhodným rozdelením na hladine významnosti 5 %. Z toho môžeme nepriamo usudzovať, že obe formy komunikácie majú svoje najdôležitejšie súčasti, ale v zásade sú rovnocenné. To nám hypotézu H1 nepodporuje. Z troch jednoznačne vyhodnotených otázok dve hypotézu H1 nepotvrdzujú a jedna potvrdzuje. Nepriama analýza otázok č. 8 a č. 9 nám hypotézu nepotvrdzuje. **Hypotéza H1:** Predpokladáme, že pre podporné osoby (rodičov) detských onkologických pacientov bude dôležitejšia verbálna forma komunikácie ako neverbálna forma komunikácie **sa nepotvrdila.**

V **hypotéze H2** sme predpokladali, že komunikácii s detským onkologickým pacientom a jeho podpornými osobami (rodičmi) venujú najviac času sestry. Overovali sme ju otázkami č. 4, 5, 6, 7. V jednotlivých odpovediach na uvedené otázky potom boli zohľadnené možnosti zodpovedajúce komunikácii sestier s detským onkologickým pacientom a jeho podpornými osobami (rodičmi).

Pri otázke č. 4: Kto podľa Vás venuje najviac času komunikácii s detským onkologickým pacientom? Medzi hypotézu podporujúce odpovede bola zaradená možnosť odpovede a) sestra. Podporné osoby (rodičia) pri tejto otázke odpovedali všetci možnosťou sestra. Pre toto rozdelenie možností odpovedí však nie najvhodnejšie použitie chí-kvadrát testu v porovnaní s náhodným rozdelením všetkých možností odpovede, nakoľko početnosť prvej odpovede je podstatne vyššia, ako početnosť odpovedí b) lekár a c) psychológ. Javí sa nám najvhodnejšie vyhodnotiť v porovnaní s náhodným rozdelením len dve najčastejšie odpovede, teda odpoveď a) voči nulovému počtu inej odpovede. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,00006 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1 %. Podporné osoby (rodičia) pri otázke č. 4. mali medzi hypotézu podporujúce odpovede zaradenú možnosť odpovede a) sestra. Odpovedali 39 krát možnosťou a), 0 krát možnosťou b), a 1 krát možnosťou c). Opäť sme použili porovnanie dvoch najčastejších odpovedí. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,0000000018 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1%.

Pri otázke č. 5: Kto sa s podpornými osobami (rodičmi) najčastejšie rozpráva napríklad o (priebehu liečby, komplikáciách liečby, vhodnej stravy pre Vaše dieťa, psychosociálnych problémoch, starostlivosti o Vaše dieťa v domácom prostredí)? Medzi hypotézu podporujúce odpovede zaradená možnosť odpovede a) lekár. Sestry pri tejto otázke odpovedali 15 krát možnosťou a) a 1 krát možnosťou b) sestra. Boli tu len dve možnosti odpovede, takže sme opätovne porovnávali len dve najčastejšie odpovede. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,0005 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1%. Vzorka podporných osôb (rodičov) mala pri otázke č. 5 medzi hypotézu podporujúcu odpoveď zaradenú možnosť odpovede b) sestra. Podporné osoby (rodičia) pri tejto otázke odpovedali 25 krát možnosťou a) lekár a 15 krát možnosťou b) sestra. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,11 teda hypotéza H2 sa nepotvrdila.

V teste významnosti rozdielov odpovedí, ktorý sme použili sa objavili dva významné výsledky práve pri otázke č. 5 (tabuľka 1). Objavil sa rozdiel v odpovediach medzi sestrami a podpornými osobami s hladinou významnosti 1 % (pozn. v dotazníkoch, ktoré boli dva, jeden pre každú skupinu respondentov, bola otázka identická len možnosti boli pri tejto otázke prehodené. Rodičia mali uvedené opačne možnosti, odpoveď – sestra bola pod písmenom b). Toto sme pri výpočte samozrejme zohľadnili a údaje sme spracovali podľa obsahu odpovede. Sestry uviedli 15 krát možnosť – sestra a 1 krát možnosť lekár. Podporné osoby uviedli 25 krát možnosť lekár a 15 krát možnosť sestra. Výsledok t-testu nám potom potvrdzuje, že tento rozdiel nie je náhodný s hladinou významnosti 1%. Môžeme preto tvrdiť, že hoci sú sestry presvedčené o tom, že komunikácii s detským onkologickým pacientom venujú najviac času, rodičia teda podporné osoby si to rozhodne nemyslia. Podporné osoby

(rodičia), vnímajú rozdiel v takejto komunikácii. Vysvetlením tohto javu môže byť interpretácia, že rodičia informáciám od lekára prikladajú takú dôležitosť, že si pri tom neuvedomujú časovú dĺžku komunikácie. Iným vysvetlením môže byť psychologická interpretácia. Ak podporná osoba (rodič) pri komunikácii so sestrou nevenuje rozhovoru pozornosť, pôsobí potom na neho dĺžka komunikácie iným spôsobom „kratšie“, ako komunikácia s osobou, kde je jeho pozornosť plne sústredená na rozhovor. Z tejto druhej interpretácie môže vychádzať odporúčanie pre prax v práci sestier. Nie je podstatná dĺžka komunikácie s podpornou osobou (rodičom) alebo detským onkologickým pacientom, ale jeho kvalita, teda udržanie jeho pozornosti v komunikácii.

Tabuľka 1 Prehľad testu významnosti rozdielov odpovedí porovnávaných skupín

		ot. 1	ot. 2	ot. 3	ot. 4	ot. 5	ot. 6	ot. 7	ot. 8	ot. 9
Sestry (16 resp.)	Priemer	1,188	2,077	2,5	1	1,063	1,688	1,813	1,563	2,063
	Medián	1	1,4	3	1	1	2	2	1	2
	Odpoveď a)	14	0	4	16	15	7	3	11	2
	Odpoveď b)	1	0	0	0	1	8	13	1	11
	Odpoveď c)	1	0	12	0	0	0	0	4	3
	Odpoveď d)	0	3	0	0	0	1	0	0	0
	Odpoveď e)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Podporné osoby (40 resp.)	Priemer	1	2,513	2,575	1,06	1,625	1,575	1,65	1,65	2,325
	Medián	1	1,4	3	1	2	2	2	1	2
	Odpoveď a)	40	3	8	38	15	17	15	27	6
	Odpoveď b)	0	0	1	0	25	23	24	0	27
	Odpoveď c)	0	2	31	1	0	0	1	13	1
	Odpoveď d)	0	15	0	0	0	0	0	0	0
	Odpoveď e)	0	0	0	0	0	0	0	0	6
t-test		0,188	0,284	0,763	0,46	7E-07	0,526	0,277	0,753	0,41
f-test		n	0,628	0,61	n	0,007	0,021	0,242	0,828	0,003

Pri otázke č. 6: Myslíte si, že sestry prejavujú ochotu komunikovať s detským onkologickým pacientom? Medzi hypotézu podporujúce odpovede boli zaradené možnosti odpovede a) áno, sestry ochotne a s radosťou komunikujú, b) áno, sestry sú ochotné komunikovať, ale sú časovo obmedzené. Sestry pri tejto otázke odpovedali 7 krát možnosťou a), 8 krát možnosťou b) a 1 krát možnosťou d) sestry sa vyhýbajú komunikácii s detským onkologickým pacientom v terminálnom štádiu. Odpoveď c) nie, podľa mňa sestry komunikácia s detským onkologickým pacientom zaťažuje si nevybral ani jeden respondent. Celkom teda bolo 15 odpovedí v prospech hypotézy H2 a 1 v neprospech hypotézy H2. Opätovne sme teda porovnávali len dvojicu odpovedí. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti

náhodnému rozdeleniu 0,0005 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1%. Vzorka podporných osôb (rodičov) mala pri otázke č.6. medzi hypotézu podporujúce odpovede zaradené možnosti odpovede a) a b). Respondenti pri tejto otázke odpovedali 17 krát možnosťou a) a 23 krát možnosťou b). Celkom teda bolo všetkých 40 odpovedí v prospech hypotézy H2 a 0 v neprospech hypotézy H2. Opätovne sme teda porovnávali len dvojicu odpovedí. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,0000000025 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1%.

Pri otázke č. 7: Myslíte si, že sestry prejavujú ochotu komunikovať s podpornými osobami (rodičmi)? Medzi hypotézu podporujúce odpovede boli zaradené možnosti odpovede a) áno, sestry ochotne a s radosťou komunikujú so mnou. Možnosť odpovede b) áno, sestry sú ochotné so mnou komunikovať, ale sú časovo obmedzené. Sestry pri tejto otázke odpovedali 3 krát možnosťou a), 13 krát možnosťou b). Celkom teda bolo 16 odpovedí v prospech hypotézy H2 a 0 v neprospech hypotézy H2. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,00006 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1%. H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 5%. Pri otázke č.7 vo vzorke podporných osôb (rodičov) bolo 39 odpovedí v prospech hypotézy H2 a 1 v neprospech hypotézy H2. Pri tomto porovnaní vyšla hodnota chí-kvadrát testu oproti náhodnému rozdeleniu 0,0000000018 teda hypotéza H2 sa potvrdila s hladinou významnosti 1%.

Hypotéza H2 sa potvrdila, sestry venujú v komunikácii s onkologickým detským pacientom najviac času.

Pre vyhodnotenie podobnosti a súvisu otázok medzi sebou sme použili faktorovú analýzu. V nej sme všetky odpovede na jednotlivé otázky porovnali s odpoveďami na všetky ostatné otázky. Vypočítané korelácie sme zaznamenali do matice, ktorú uvádzame v tabuľke 2:

Tabuľka 2 Korelačná matica

	ot. 1	ot. 2	ot. 3	ot. 4	ot. 5	ot. 6	ot. 7	ot. 8	ot. 9
otázka 1									
otázka 2			-0,08	-0,21	-0	-0,03	0,003	0,148	-0,1
otázka 3		-0,08		0,1	-0,23	0,175	0,239	-0,23	-0,04
otázka 4		-0,21	0,1		-0,08	0,163	0,126	-0,06	0,028
otázka 6		-0,03	0,175	0,163	-0,27		0,869	0,273	0,192
otázka 7		0,003	0,239	0,126	-0,17	0,869		0,258	0,141
otázka 8		0,148	-0,23	-0,06	0,124	0,273	0,258		0,348
otázka 9		-0,1	-0,04	0,028	0,135	0,192	0,141	0,348	

Pri korelácii v absolútnej hodnote nad 0,8 medzi dvomi otázkami sa dajú obe otázky považovať za identické, hovorí sa, že sú sýtené jediným faktorom. Tieto matice sme zostavili pre súbor všetkých odpovedí jednotlivých skupín respondentov. Korelačné matice máme teda k dispozícii pre odpovede sestier a podporné osoby (rodičov). V skupine podporných osôb (rodičov) je pre dvojicu otázok č. 6 a č.7 korelácia 0,869. To je hodnota, pri ktorej sa dvojica

otázok môže považovať za identickú. Pri tej istej dvojici otázok je v skupine sestier korelácia len 0,43. Z toho výsledku je zrejmé, že podporné osoby (rodičov) nevnímajú žiadny rozdiel v komunikácii sestry s nimi alebo s detským pacientom, hoci sestry túto komunikáciu nevnímajú vôbec identicky. Sestry si pravdepodobne uvedomujú rozdiel v komunikácii, keď samotné komunikujú priamo s detským onkologickým pacientom, alebo podpornou osobou (rodičom).

V skupine sestier sa neobjavuje žiadna korelácia v absolútnej hodnote vyššia ako 0,8.

Prostredníctvom otázky č. 10 v dotazníku sme sa pokúsili zachytiť postrehy a názory sestier na komunikáciu s detskými onkologickými pacientmi a ich podpornými osobami (rodičmi). Na otázku č. 10 odpovedali všetky sestry. Odpovede sestier sa od seba nelíšili ich podstata bola rovnaká, preto spomenieme len tri najfrekvencovanejšie odpovede:

1. Na Klinike nám chýba miestnosť, ktorú by sme mohli naplno využívať na nerušenú komunikáciu s podpornými osobami (rodičmi) detských onkologických pacientov. Naša komunikácia často prebieha na chodbe, na izbe a v herni, kde sme neustále rušení.
2. Väčšie množstvo administratívnych činností nás časovo obmedzuje, tento čas by sme mohli efektívnejšie využiť práve komunikáciou s detskými onkologickými pacientmi a ich podpornými osobami (rodičmi).
3. S deťmi komunikujeme veľmi radi, ale žiaľ nemáme počas dennej služby toľko času na komunikáciu, v nočných službách je to s komunikáciou už problematickejšie nakoľko pracujeme na oddelení malých detí a deti už krátko po príchode do nočnej služby idú spinkať.

Z odpovedí podporných osôb (rodičov) na otázku č. 10, sme vybrali nasledovné vyjadrenia zo všetkých vyjadrení 40-tich podporných osôb (rodičov).

1. So sestrami som mala vždy iba príjemnú skúsenosť, sú ochotné komunikovať so mnou aj s mojou dcérou, vyžaruje z nich láska k deťom, úsmev, sú starostlivé a zodpovedné.
2. Pri oboznámení o onkologickej diagnóze som sa stretla s milou sestričkou, ktorá napriek pokročilej nočnej hodine so mnou komunikovala a ochotne mi zodpovedala všetky otázky, mala som mnou trpezlivosť, aj keď s odstupom času hodnotím svoju reakciu ako pomerne hysterickú.
3. Komunikáciu so sestrami hodnotím kladne, ale počas môjho pobytu na oddelení som sa stretla aj s neochotou sestričky so mnou komunikovať.
4. Počas môjho pobytu som sa stretla aj s ľahostajnosťou a nedostatkom empatie zo strany sestier. Sestry by podľa mňa mali prihliadať na rodičov, ktorí sú na oddelení prvýkrát. Vyrovnávanie sa s krutou správou o zdravotnom stave môjho dieťaťa je psychicky veľmi náročné. Prejavy ľahostajnosti a dokonca zvýšený hlas zo strany sestry pôsobí deštruktívne.

Diskusia

Zistenia nášho prieskum sú identické so zisteniami viacerých autorov. Na základ výsledkov sme dospeli k záveru, že pre podporné osoby (rodičov) detských onkologických pacientov je

rovnako dôležitá verbálna, ale aj neverbálna forma komunikácie. Podporná osoba (rodič) detského onkologického pacienta vníma nielen slová sestry, ale aj jej neverbálne prejavy. Nakoľko podporná osoba (rodič) detského onkologického pacienta po psychickej stránke veľmi intenzívne vníma onkologické ochorenie u svojho dieťaťa, tak pre neho je nesmierne dôležitá nielen verbálna forma komunikácie, ale aj neverbálna forma komunikácie. Křivohlavý (2002, s. 160) hovorí, že obvykle ľudia poznačení trpkou príchuťou onkologického ochorenia, si vyžadujú zvláštnu pozornosť, čo sa týka aj komunikácie. Skúsenosť mnohých autorov poukazuje aj na to, že často dôležité aj to, čo sa vyjadrí bez slov. Ide o celý komplex neverbálnych prejavov, od výrazu tváre a pohľadu očí, od dotykov, postojov, ale aj trpezlivosti. Taktiež podľa Rovenského (2004, s. 27) niekedy viac ako slová, hovorí mimika, výraz tváre, prívetivý pohľad, úsmev, gestá, pohyby, postoj a pokojná atmosféra. Boledovičová (2006, s. 48) zdôrazňuje, že v komunikácii s chorým dieťaťom platí dvojnásobne „načúvať nielen sluchom, ale aj zrakom, no najmä srdcom“. Prieskum nám potvrdil spokojnosť podporných osôb (rodičov) detských onkologických pacientov s komunikáciou sestier.

Záver

Výsledky nášho prieskumu poukazujú na spokojnosť podporných osôb (rodičov) detských onkologických pacientov s komunikáciou so sestrami. Netreba však zabúdať na neustále prehlbovanie vedomostí sestier, nakoľko komunikácia je nesmiernym ťažiskom poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Odporúčania pre prax:

- Organizovať odborné semináre zamerané na komunikáciu, etiku v ošetrovateľstve, psychológiu a predškolskú pedagogiku.
- Vedúce sestry jednotlivých kliník by mali dbať na to, aby sestry, vedeli efektívne komunikovať s detským pacientom a jeho podpornými osobami (rodičmi).
- Vedúce sestry jednotlivých kliník by mali realizovať prieskumy zamerané na komunikáciu sestier s detskými pacientmi a ich podpornými osobami (rodičmi), na základe výsledkov prieskumov vyvodzovať jednotlivé závery a tak skvalitňovať ošetrovateľskú starostlivosť.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2006. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 2 prepracované a doplnené vydanie Martin: Osveta. 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
- [2] KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 3. upravené a doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-3.
- [3] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-274-0179-0.
- [4] LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [5] REČKOVÁ, M. 2011. Psychické poruchy u pacientov s pokročilým onkologickým ochorením a úloha efektívnej komunikácie s pacientom a jeho príbuznými. In *Onkológia*. ISSN 1337-4435, 2011, roč. VI, Supplementum 1, s. 52-54.

- [6] ROVENSKÝ, J. *Reumatológia v teórii a praxi VI*. Martin: Osveta, 2004. 1124 s. ISBN 80 – 8063 – 163 – 8.
- [7] SOBO, E., J. Good communication in Pediatric Cancer. A Culturally Informed Research Agenda. In *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2004, vol. 21, no. 3, p. 150-154.
- [8] STIEFEL, F. C. 2006. *Communication in cancer care*. Berlin : Springer, 2006. 125 s. ISBN 978-3-540-30757-0.

Kontaktná adresa

Mgr. Zuzana Karabová
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava, SR
E-mail: zuzana.karabova@truni.sk

EDUKAČNÍ CENTRUM PRO SOCIÁLNĚ, TĚLESNĚ, SMYSLOVĚ HANDICAPOVANÉ TĚHOTNÉ ŽENY

Lucie Kašová, Eva Lorenzová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií,
Západočeská univerzita v Plzni

Abstrakt

Východiska: Některé těhotné ženy nemají možnost navštěvovat kurzy pro těhotné, ať už jsou to důvody ekonomické nebo ženě brání nějaký handicap. Právě těmto ženám bychom chtěli pomoci v rámci našeho projektu a vytvořit edukační centrum pro sociálně, tělesně a smyslově handicapované těhotné. Cílem našeho průzkumu je zmapovat incidenci smyslově, tělesně a sociálně handicapovaných těhotných žen v Plzeňském kraji. Dále chceme zjistit informovanost porodních asistentek v této problematice. Třetím cílem je ověřit si potřebnost navrhovaného edukačního centra.

Soubor: Respondenti, kteří odpovídali na naše dotazníkové šetření, jsou porodní asistentky pracující v gynekologicko-porodnických ambulancích v Plzeňském kraji a odborníci z řad pomáhajících profesí, kteří jsou v kontaktu s handicapovanými těhotnými ženami.

Metody: Dotazníkové šetření a analýza volného písemného sdělení pracovníků z pomáhajících organizací. Průzkum probíhal v měsíci lednu 2012.

Výsledky: Výsledky prokázaly, že četnost handicapovaných těhotných žen v gynekologicko-porodnických ambulancích v Plzeňském kraji je nízká, průměrně připadá na jednu ambulanci jedna až dvě handicapované těhotné. Výsledky dále prokázaly, že 57 % porodních asistentek se při poskytování ošetrovatelské péče handicapovaným těhotným ženám necítí jistě a 65% porodních asistentek uvádí, že potřebuje další informace pro zkvalitněné poskytování ošetrovatelské péče. Navrhované edukační centrum pro sociálně, tělesně a smyslově handicapované těhotné ženy by bylo většinou oslovených odborníků z řad pomáhajících profesí doporučeno k realizaci a částečně by jeho vznik uvítaly i porodní asistentky z prenatálních poraden.

Závěr: Těhotenství představuje pro každou ženu jednu z vývojových životních krizí. Pro handicapované těhotné ženy je toto období však ještě náročnější, neboť potřebují pro uspokojování svých potřeb mnohem více informací a také specifický přístup od odborníků, kteří jsou s nimi v kontaktu. Jedním z prvních odborníků z řad pomáhajících profesí, se kterými se handicapovaná těhotná žena v těhotenství setkává, je porodní asistentka. Proto je velmi žádoucí, aby porodní asistentky měly přehled v problematice poskytování specifické ošetrovatelské péče handicapovaným těhotným ženám a to navzdory malému výskytu handicapovaných těhotných žen v populaci.

Klíčová slova

Těhotenství, edukační centrum, sociální znevýhodnění, smyslový handicap, tělesné postižení.

EDUCATIONAL CENTER FOR SOCIALLY, PHYSICALLY, SENSUALLY HANDICAPED WOMEN

Abstract

Starting point: Some pregnant women don't have a opportunity of attending the courses for pregnant women because of economical reasons or all kinds of handicaps. Our project is designed for these women and our aim is creation of educational center for socially, physically, sensually handicaped women. The goal of our research is also to find out the appearance of these women in Pilsen region. The next thing we want to find out is the midwives' knowledge of this problém. The third aim is the necessity of the designed educational center.

File: Respondents that were questioned are midwives working in Pilsen region and specialists in working with handicaped women.

Methods: Query and analysis of free statements of workers from helping organizations. The survey was held in January 2012 in Pilsen region.

Results: The results have proved that the frequency of handicaped pregnant women in gynecological-obstetric ambulance of Pilsen region is low. In average there is just one or two cases per ambulance. The results also have proved that 57% of midwives don't feel sure about providing care of the handicaped pregnant women and 65% of those midwives claim that they need more information for better quality of provided care related to these women. The creation of the designed educational center for socially, physically and sensually handicaped women would be recommended by the majority of the questioned specialists from the helping organisations and partially by midwives of prenatal centre.

Conclusion: Pregnancy means for every woman one of evolutionary life crisis. But this period is much more difficult for the handicaped women because they need more information and also specified approach provided by specialists that are in touch with these women. Usually the handicaped woman meets the midwife for the very first time. This midwife represents the specialist coming out of helping professions. Therefore the midwives are aimed to have knowledge in providing of nursing care of handicaped pregnant women despised of the very rare frequency of those women in population.

Key word

Pregnancy, educational center, social handicap, sensous handicap, physical handicap.

Úvod

„Pokud bychom dokázali zajistit, aby každé dítě bylo milováno a chtěno od samého začátku, aby bylo ctěno a aby úcta k životu byla jednou z nejvyšších lidských hodnot a pokud bychom dokázali optimalizovat prenatalní a perinatální stadia života bez narušení základních potřeb, bez agrese a psychotoxických vlivů, výsledkem bude společnost bez násilí. Tak, jak jednáme se svými dětmi, budou naše děti jednat se světem. A to zahrnuje i dítě ještě nenarozené,“ toto napsal Peter Fedor Freybergh (Marek, 2002, s. 197). Jeho slovům by měli naslouchat především ti, kteří jsou těhotným ženám nablízku v průběhu těhotenství, porodu

a doprovázejí je i během šestinedělí, porodní asistentky. Je pozitivní, že v posledních letech vnímají porodní asistentky ženu nejen s jejími potřebami fyzickými, ale i s psychickými, sociálními a spirituálními. Naše přetechizovaná společnost začíná pomalu vnímat, že přístroje, byť nejmodernější, nemohou nahradit přítomnost člověka, který ženě naslouchá, provází ji, dovede pohladit a poradit. Proto porodní asistentky zakládají mateřská centra, pořádají kurzy pro těhotné ženy, vedou různé pohybové kroužky, ale i relaxační zařízení zaměřená na budoucí maminky. Ne všechny ženy však mají možnost tyto aktivity navštěvovat, ať už jsou to důvody ekonomické nebo ženě brání nějaký handicap. Právě těmto ženám bychom chtěli pomoci v rámci našeho projektu a vytvořit edukační centrum pro sociálně, tělesně a smyslově handicapované těhotné.

1. Východiska řešení problematiky

Potřeby postižených lidí jsou stejné, jako potřeby lidí zdravých, ale liší se na své cestě za jejich uspokojováním. Touha po naplnění mateřské, či obecně rodičovské role, je přirozená pro zdravé stejně jako pro handicapované. Handicapované těhotné ženy však mnohem více potřebují pomoc porodní asistentky a dalších odborníků z řad pomáhajících profesí proto, aby se mohlo prožívání těhotenství stát jedním z krásných období v jejich životě a aby se dokázaly připravit na novou roli matky. Handicapované těhotné ženy mají obecně zhoršený přístup k informacím a nemají mnoho prostoru při běžných prenatalních prohlídkách probrat všechny otázky týkající se těhotenství a mateřství. Je-li těhotenství plánované, jistě hraje velkou roli i to zda je postižení matky nebo dokonce obou rodičů geneticky přenosné, jaký mají postoj k životu, ke svému postižení a další okolnosti. Ať už se rozhodnou pro rodičovství či nikoliv, je to jen jejich rozhodnutí a oni ponесou celý život jeho důsledky. U zdravé populace často handicap vyvolává ambivalentní postoj. Na jedné straně postižení lidé mohou vyvolávat negativní pocity, jako jsou lítost, zděšení a panika. Na straně druhé často vzbuzuje obdiv, jejich optimismus, radost z drobností a statečnost, s jakou překonávají každodenní překážky.

Téměř každou ženu v prvním trimestru doprovází drobné obtíže jako je ranní nevolnost, únava, přecitlivělost a mnoho dalších. I ženy, které dlouhodobě plánují založení rodiny, mívají ambivalentní vztah ke svému těhotenství. Napadají je otázky: „Zvládnou to? Budu dobrá matka?“. Tím spíše tyto myšlenky napadají maminky handicapované, ale obvykle tu není nikdo, kdo by je v jejich rozhodnutí podpořil. Kdo by poradil, co je běžné a co již obvyklé není. Postižené ženy samozřejmě navštěvují prenatalní poradnu, kde je žena vyšetřena a fyzicky zaopatřena, ale většinou zde nebývá prostor na naslouchání. Při rozhovorech s handicapovanými jsme se setkávali s povzdechem nad velmi nevhodnou komunikací. Komunikace má podle postižení svá specifika a především u zdravotníků bychom očekávali jejich znalost. K chybám dochází jak při běžném rozhovoru, tak především při sdělování výsledků vyšetření. Někdy je ženám velmi neomaleně a sugestivně nabídnuto ukončení těhotenství. Často si zdravotníci ani neuvědomují, jak těhotnou ženu zraňují. Jako by říkali: „Ani vy se svým postižením jste se neměla narodit.“ Kde bereme přesvědčení o tom, kdo se má a kdo nemá narodit? I postižení lidé mohou žít plnohodnotný a šťastný život. Mnohdy slyšíme od rodičů dětí, které se narodily s vážným handicapem, jak obohatily jejich život po té, co se dokázali s tímto faktem vyrovnat. Jsou mezi námi lidé, kteří přes svůj handicap rozdávají více radosti a potěšení než průměrný zdravý člověk.

2. Historie vnímání tělesného postižení

V prvobytně pospolné společnosti byli lidé, kteří nebyli schopni práce nebo boje, vyloučeni ze skupiny. Pro ostatní se stávali břemenem a jejich vyloučení se prakticky rovnalo zabití. Takto to bylo po mnoho tisíciletí. Na našem území docházelo ke změnám až s nástupem křesťanství, kdy se zakládaly první špitály při klášterech. Postupně především s příchodem humanizmu se začaly objevovat snahy postižené lidi vzdělávat.

To, že i postižení lidé toužili po vlastním dítěti, dokazuje známý příběh sester Blažkových. Sestry byly siamská dvojčata spojená pánví. Narodily se v roce 1878. V té době, nebyla medicína na takové úrovni, aby bylo možné je od sebe operativně oddělit. Přesto se v roce 1910 Róze Blažkové narodil syn. (Drimmer, 1996).

Za první republiky se začaly zakládat první rehabilitační ústavy. Snad nejznámější je ústav pro zmrzačené děti MUDr. R. Jedličky, ke kterému patřila i nemocnice, dílny a škola. Byl založen v roce 1913 v Praze a do dnešních dnů jím prošly stovky handicapovaných dětí. Po roce 1989 se začíná i prakticky naplňovat snaha o integraci postižených dětí do běžných škol.

Sociální integrace je proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti. V čem ale zatím stále vnímáme dluh vůči postiženým je inkluze, tedy proces, ve kterém se lidé s handicapem mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako ostatní.

3. Edukační centrum pro handicapované těhotné ženy

Na katedře ošetřovatelství a porodní asistence usilujeme o to, aby témata bakalářských prací byla co možná nejvíce využitelná pro praxi. Snažíme se nalézat nové oblasti, což se zatím daří. V roce 2010 obhajovala svoji práci studentka Veronika Pauerová na téma Těhotenství, porod a výchova dětí u tělesně postižených osob. Práce byla velmi zajímavě zpracovaná a jasně z ní vyplývá, že tělesně handicapované ženy postrádají služby porodních asistentek v oblasti edukace a provázení těhotenstvím, porodem a šestinedělím.

V letošním roce jsme začali pracovat na projektu, který by tento nedostatek řešil. Rádi bychom vybudovali edukační centrum, jehož hlavní náplní bude komplexní provedení nejen tělesně, ale také smyslově handicapovaných žen těhotenstvím a to v oblasti somatické, psychologické a sociální. Edukační centrum bude nabízet ženám přípravu k porodu a následné poporodní poradenství. Záměrem projektu je, aby uspokojil vzdělávací potřeby těhotných žen, pro které nejsou podobné vzdělávací akce dostupné, ať už z finančních důvodů nebo z důvodů tělesného či smyslového handicapu.

4. Cílová skupina

4.1. Tělesně postižené těhotné

Cílovou skupinou jsou ženy s tělesným handicapem, které se nemohou účastnit běžných předporodních kurzů. Důvodem mohou být bariéry, ale především tělesně postižená těhotná žena má své specifické problémy a jejich řešení není stejné, jako u zdravé populace. Je třeba zvážit míru postižení a podle rozsahu postižení vytvoříme předporodní přípravu přesně podle potřeb ženy.

4.2. Smyslově postižené těhotné

Těhotné ženy s poruchami zraku

V České republice je nevidomých okolo 0,3 % populace, což zahrnuje i muže a věkové skupiny, které nejsou v reprodukčním věku. Přesto víme, že jsou ženy, které se přes svůj handicap rozhodly přivést na svět dítě. Obrátili jsme se na sdružení, která pečují a sdružují nevidomé. Po konzultaci s Tyflocentrem a Tyfloservisem jsme zjistili, že v průměru se na ně obrátí asi 2 ženy v reprodukčním věku ročně.

Těhotné ženy s poruchami sluchu

Obecně se v naší republice vyskytuje asi 5% lidí s poruchami sluchu. Dle organizací sdružující osoby s poruchami sluchu, jako jsou Plzeňská unie neslyšících a Spolek neslyšících Plzeň, se v jejich řadách objeví průměrně 5 těhotných žen s poruchami sluchu za rok.

4.3. Těhotné ženy sociálně znevýhodněné

Pojem sociální handicap je velmi široký. Z našeho úhlu pohledu se dotýká těhotných žen, které jsou v nepříznivé finanční situaci, mají nevyhovující bydlení, jsou osamocené, jsou nebo byly obětí násilného chování či zneužívání.

Konkrétní čísla je rovněž obtížné přesně udat, protože některé kategorie nemohou být spjaty s kritérii, které by se daly kvantitativně sledovat. Oslovili jsme organizace, které pomáhají sociálně handicapovaným lidem a odhady se shodují ve výskytu zhruba patnácti těhotných žen v organizaci za rok.

Ze statistik jsme zjistili údaj o počtu odložených dětí do kojeneckých ústavů za rok 2010 v Plzeňském kraji. Po narození bylo do kojeneckých ústavů odloženo 114 dětí, 70 z nich ze sociálních důvodů. Tento údaj je alarmující a argumentuje, jak je potřebné věnovat se sociálně handicapovaným těhotným ženám již během těhotenství. Domníváme se, že při dobré péči porodní asistentky by nemělo k takto vysokému počtu odložených dětí docházet, protože těhotné ženy by mohly svojí svízelnou situaci s někým rozebrat a zkusit ji řešit.

5. Výzkumná část

5.1. Cíle

1. Zmapovat incidenci smyslově, tělesně a sociálně handicapovaných těhotných žen v Plzeňském kraji.
2. Zjistit informovanost porodních asistentek v problematice pomoci smyslově, tělesně a sociálně handicapovaným těhotným ženám.
3. Ověřit si potřebnost navrhovaného edukačního centra pro smyslově, tělesně a sociálně handicapované těhotné ženy.

5.2 Soubor a metody

5.2.1. Soubor

Respondenti, kteří odpovídali na naše dotazníkové šetření, jsou porodní asistentky pracující v gynekologicko-porodnických ambulancích v Plzeňském kraji a odborníci z řad pomáhajících profesí, kteří jsou v kontaktu s handicapovanými těhotnými ženami. Celkem bylo osloveno 31 porodních asistentek a 8 odborníků z řad pomáhajících profesí, kteří jsou v kontaktu s handicapovanými těhotnými ženami.

5.2.2. Metodika

Pro soubor porodních asistentek jsme jako metodu získávání dat zvolily dotazníkovou formu šetření s užitím otevřených otázek s možností volného sdělení. U souboru odborníků z řad pomáhajících profesí, kteří jsou v kontaktu s handicapovanými těhotnými ženami, jsme provedly obsahovou analýzu z jejich volného písemného sdělení. Průzkum probíhal v měsíci lednu 2012, na území Plzeňského kraje.

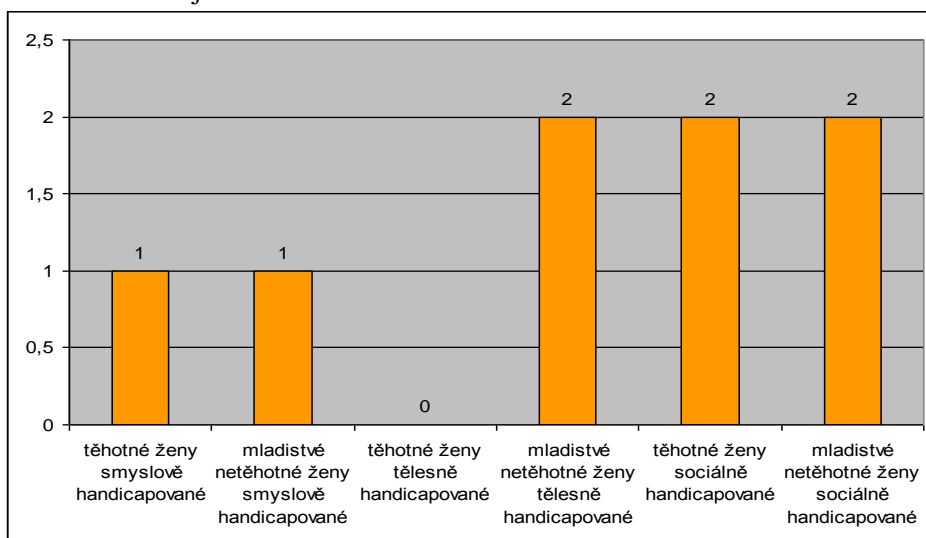
Návratnost dotazníků pro porodní asistentky byla 76%, z rozeslaných 31 dotazníků se navrátilo 23. Z celkem oslovených 10-ti odborníků z řad pomáhajících profesí, kteří jsou v kontaktu s handicapovanými těhotnými ženami, se jich k problematice vyjádřilo 6, tedy 60%.

5.3. Výsledky

5.3.1. Grafická prezentace výsledků

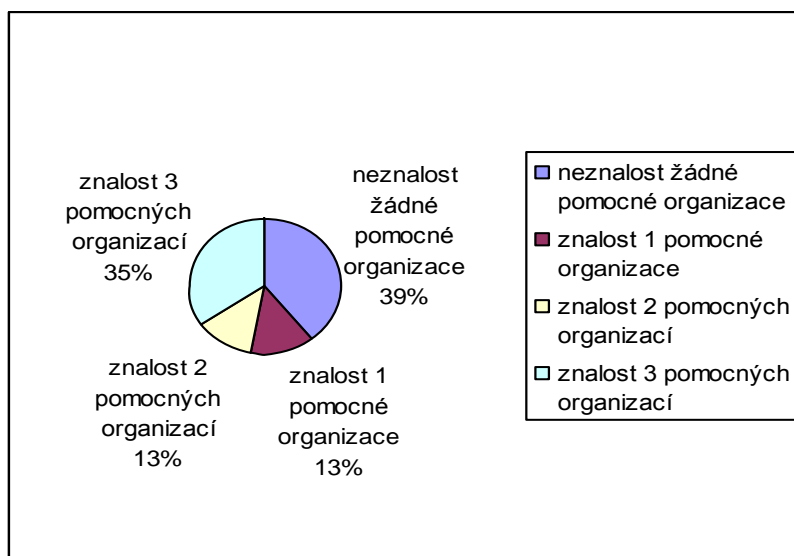
1. cíl: Zmapovat incidenci smyslově, tělesně a sociálně handicapovaných těhotných žen v Plzeňském kraji.

Graf č. 1: Průměrný výskyt handicapovaných žen v gynekologicko-porodnických ambulancích v Plzeňském kraji.

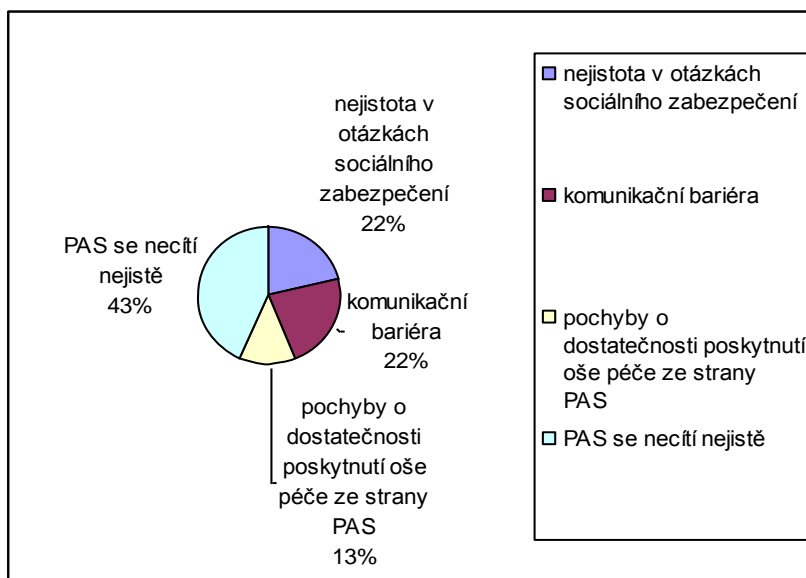


2. cíl: Zjistit informovanost porodních asistentek v problematice pomoci smyslově, tělesně a sociálně handicapovaným těhotným ženám.

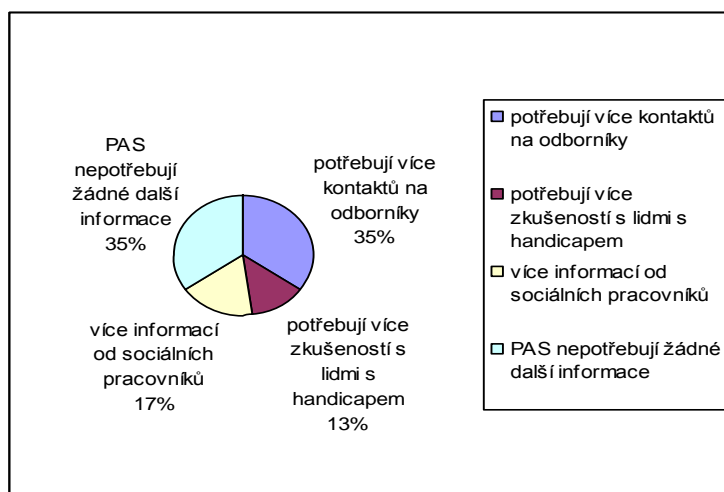
Graf č. 2: Povědomost porodních asistentek o existenci pomocných organizací v Plzeňském kraji, které se zabývají pomocí handicapovaným těhotným ženám.



Graf č. 3: Oblasti ošetrovatelské péče o handicapované ženy, při kterých se porodní asistentky v gyn-por ambulancích v Plzeňském kraji cítí nejistě.



Graf č. 4: Přehled dalších potřebných informací, které by potřebovaly porodní asistentky v gynekologicko-porodnických ambulancích v Plzeňském kraji.



3. cíl: Ověřit si potřebnost navrhovaného edukačního centra pro smyslově, tělesně a sociálně handicapované těhotné ženy.

Tabulka č. 1: Zhodnocení potřebnosti vzniku specifického edukačního centra pro smyslově, tělesně a sociálně handicapované těhotné žen z řad odborníků pomáhajících profesí orientujících se na pomoc handicapovaným těhotným ženám

KLADNÉ VYJÁDŘENÍ	ZÁPORNÉ VYJÁDŘENÍ
<p>Tyfloservis, o.p.s., krajské středisko Plzeň</p> <p><i>Důvod:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o z našich zkušeností vyplývá, že potřeba připravit se na rodičovství předem je u zrakově postižených nutnost. Potřebují se připravit především na zvláštnosti prostorové orientace a samostatného pohybu těhotných, předem se seznámit s pomůckami, vybavením pro dítě a naučit se je používat. 	<p>Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje.</p> <p><i>Důvod:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o problematika je značně ojedinělá, o nelze zkušenosti s jednou ženou aplikovat na další.
<p>Krizové centrum Archa, Plzeň</p> <p><i>Důvod:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Váš popis záměru připravované služby nás zaujal, komplexnost plánované služby je jednou z podstatných úvah. 	<p>H. Rejdová, sociální pracovnice na gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni</p> <p><i>Důvod:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o pochyby zda by sociálně handicapované ženy edukační centrum využívaly z důvodu nezájmu převzetí zodpovědnosti za vlastní situaci, o uvádí, že 98% sociálně handicapovaných žen se vyhýbá řádné péči sociálních pracovníků či ošetrovatelskému personálu.
<p>Mgr. M. Hanzlíček, tlumočnický středisko neslyšících, ZČU Plzeň</p>	
<p>Mgr. K. Voříšková, sociální pracovnice Spolku neslyšících Plzeň</p>	

5.3.2 Popis výsledků

Výzkum prokázal, že se handicapované těhotné ženy v gynekologicko-porodnických ambulancích v Plzeňském kraji vyskytují poměrně zřídka, obvykle v rozmezí jedné až dvou žen v jedné ambulanci. Nejméně četnou skupinou jsou těhotné ženy s tělesným handicapem. Ženy se smyslovým handicapem – těhotné, i netěhotné mladistvé ženy, pak připadají na gynekologicko-porodnickou ambulanci v Plzeňském kraji v průměru jedenkrát. V gynekologicko-porodnických ambulancích jsou nejvíce zastoupené sociálně handicapované ženy a to nejen těhotné ženy, ale i netěhotné dívky. Mezi nejčetnější skupinu handicapovaných žen v gynekologicko-porodnických ambulancích Plzeňského kraje patří rovněž mladistvé dívky s tělesným postižením.

Výzkum dále prokázal, že 39% porodních asistentek nezná žádnou pomáhající organizaci, která se orientuje na pomoc handicapovaným těhotným ženám. Na druhou stranu 35% odpovídajících porodních asistentek prokázalo znalost až tří pomáhajících organizací. Tyto informace svědčí pro individuálnost profesního rozhledu každé porodní asistentky.

Výzkum dále odhalil, že 43% porodních asistentek se při poskytování ošetrovatelské péče handicapovaným ženám cítí jistě. 22% porodních asistentek si není jistá v otázkách sociálního zabezpečení, stejný počet porodních asistentek má pocit jisté komunikační bariéry při kontaktu s handicapovanou ženou. Jen 13% porodních asistentek pochybuje o dostatečnosti poskytování jejich ošetrovatelské péče.

S výše uvedenými výsledky se shoduje i fakt, že 35% odpovídajících porodních asistentek se domnívá, že nepotřebují žádné další informace v oblasti zkvalitnění poskytování své ošetrovatelské péče handicapovaným ženám. Stejný počet porodních asistentek však přiznává, že pro zkvalitnění své ošetrovatelské péče potřebuje více kontaktů na odborníky orientujícím se na pomoc handicapovaným ženám. 17% porodních asistentek potřebuje více informací od sociální pracovnice. 13% porodních asistentek přiznává, že potřebuje více zkušeností s handicapovanými lidmi.

Z oblasti výzkumu orientovaného na odborníky, kteří se věnují pomoci handicapovaným těhotným ženám, vyplývá, že vznik specifického edukačního centra určeného pro sociálně, smyslově a tělesně handicapované ženy by spíše uvítali. Negativní argumenty se opírají o přesvědčení, že sociálně handicapované ženy nebudou toto centrum navštěvovat, protože nejsou ochotné převzít za svojí situaci zodpovědnost. Další argument proti vzniku edukačního centra pro handicapované těhotné ženy byl ten, že každá těhotná handicapovaná žena je natolik individuální, že není možné tyto ženy koncentrovat ve společném centru.

5.4 Diskuse

Z výzkumné části práce vyplynuly zajímavé informace. Potvrdilo se, že četnost handicapovaných těhotných žen docházejících do gynekologicko-porodnických ambulancí v Plzeňském kraji je nízká. Poněkud překvapivé je zjištění větší četnosti mladistvých handicapovaných netěhotných dívek. Pokud se jednou tyto dívky rozhodnou stát matkami, jistě budou potřebovat podpůrnou pomoc z řad porodních asistentek. Je proto žádoucí, aby se porodní asistentky neustále vzdělávaly v oblasti ošetrovatelské péče o handicapované ženy

a aby svojí edukační činností přispěli alespoň z části k uspokojování specifických potřeb těchto žen.

Zarážející je fakt, že se 57 % porodních asistentek se při poskytování ošetrovatelské péči handicapovaným těhotným ženám necítí jistě a 65% porodních asistentek uvádí, že potřebuje další informace. Myslíme si, že člověk se nikdy nemá přestat vzdělávat a nikdy nemůže vědět vše. Proto je velice žádoucí, aby se porodní asistentky více vzdělávaly v oblasti komunikace a specifických potřeb u žen s handicapem.

Závěr

Těhotenství představuje pro ženu období emocionálních změn, zátěže a každá těhotná žena potřebuje být chápána a mít pocit bezpečí. Je potřeba si uvědomit, že handicapované těhotné ženy mohou mít své specifické potřeby či otázky k zodpovězení.

U zrakově postižených se může vyvstat otázka, jak se miminko vyvíjí, jak bude vypadat a jak se o něj dokáže žena po porodu postarat. U sociálně handicapovaných žen se často objevuje obava o zabezpečení dítěte, a proto se může vyskytovat neutrální či až negativní vztah k plodu. Je tedy nanejvýš vhodné, aby vzniklo edukační centrum, které by se soustředilo na individuální potřeby každé ženy, a které by bylo složeno z odborníků orientovaných na pomoc těmto lidem. Cílem je poskytnout dostatek informací o těhotenství a mateřství, reflektovat jejich potřeby a být jim oporou a jakýmsi přístavem bezpečí v období životní krize, za kterou je těhotenství dle psychologů považováno.

Doporučení pro praxi

Průzkum prokázal, že vznik edukačního centra pro tělesně, smyslově a sociálně handicapované ženy by uvítaly jednak znevýhodněné těhotné ženy, ale setkali jsme se i s pozitivním ohlasem odborníků. Centrum by bylo uvítáno odborníky z pomáhajících organizací. Částečně by jej vítaly i porodní asistentky v prenatálních poradnách.

Pro zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované handicapovaným těhotným ženám z řad porodních asistentek by bylo žádoucí větší propojení s odborníky napříč pomáhajícími profesemi (ergoterapeut, sociální pracovník, psycholog, tlumočnick do znakové řeči a další). Tato mezioborová spolupráce musí mít však základy v pochopení a reflektování specifických potřeb handicapovaných těhotných žen. Proto je žádoucí tuto problematiku detailněji rozebírat již při přípravném studiu na profesi porodní asistentky. Přikláníme se i k možnosti vzniku speciálního vzdělávacího kurzu určeného pro porodní asistentky z praxe, které jsou v přímém kontaktu s handicapovanými těhotnými ženami. Ta skutečnost, že výskyt handicapovaných těhotných žen je malý, nám nedává právo tuto skupinu přehlížet. Měly bychom se spíše zamyslet nad tím, zda-li si v této problematice nepotřebujeme doplnit vzdělání a rozšířit svůj profesní rozhled.

Použitá literatura

- [1] DRIMMER, F. 1996. Panoptikum bizarnosti: velmi zvláštní lidé. 1. vyd. Praha: Smart Press, 1996. 464 s. ISBN 80-87021-11-8.
- [2] MAREK, V. 2002. Nová doba porodní. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. 260 s. ISBN 80-7281-090-1.
- [3] RATISLAVOVÁ, K. 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- [4] VÁGNEROVÁ, M. 2009. Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 333s. ISBN 978-80246-1616-2.
- [5] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Adresy autorů

Mgr. Lucie Kašová
náměstí Odboje 18
330 23 Plzeň
e-mail: lkasova@kos.zcu.cz

Mgr. Eva Lorenzová
náměstí Odboje 18
330 23 Plzeň
e-mail: elorenzo@kos.zcu.cz

PROFESNÍ KOMPETENCE STUDENTŮ ZDRAVOTNICKÝCH A TĚLOVÝCHOVNÝCH STUDIJNÍCH PROGRAMŮ VE VZTAHU K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Helena Kisvetrová^{1,2}, Petra Kurková²

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

²Katedra aplikovaných pohybových aktivit, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstrakt

Príspevek se věnuje začlenění problematiky osob se zdravotním postižením do pregraduálního vzdělávání studentů bakalářských studijních oborů na Univerzitě Palackého v Olomouci. V úvodu je prezentován přehled dokumentů schválených vládou České republiky, které se vztahují k osobám se zdravotním postižením. Dále seznamuje s dílčími oblastmi řešené problematiky, které byly podnětem pro přípravu projektu Zvýšení profesních kompetencí studentů zdravotnických a tělovýchovných studijních programů ve vztahu k osobám se zdravotním postižením. Tento projekt je realizován v rámci mezifakultní spolupráce Fakultou tělesné kultury společně s Fakultou zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Klíčová slova

Komunikace, osoby se zdravotním postižením, péče, ošetrovatelství, rekreologie.

PROFESSIONAL COMPETENCIES OF STUDENTS OF MEDICAL AND SPORTING PROGRAMMES IN RELATION TO PERSONS WITH A DISABILITY

Abstract

The article is focused on inclusion of problems of persons with disability into bachelor's study programmes of students at Palacký University in Olomouc. In introduction is presented review of legislative documents related to persons with disability which were approved by government of the Czech Republic. Secondly it is concerned with partial fields of solved problems, which were initiative for preparation of the project Improvement of professional competencies of students of medical and sporting programmes in relation to persons with a disability. This project is realized in the framework of inter-faculties cooperation at Faculty of Physical Culture together with Faculty of Health Sciences.

Key words

Communication, persons with a disability, care, nursing, recreology.

Úvod

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014 (2010, s. 5) charakterizuje zdravotní postižení jako dlouhodobý nebo trvalý

nepříznivý zdravotní stav, který již nelze léčbou výrazně zlepšit nebo zcela odstranit. Na rozdíl od jiných skutečností, které může jejich nositel ovlivnit, se jedná o situaci, která je většinou nezávislá na vůli jedince. Vznik a existence zdravotního postižení tak ovlivňuje zásadním způsobem život jedince. Mimo zdravotních a psychických problémů způsobuje komunikační bariéry, a sociální handicap s rizikem sociálního vyloučení. Tato sociální dimenze transformuje zdravotní postižení z roviny osobní záležitosti na problém společenský. Adrian D. Ward uvádí, že kvalita společnosti se hodnotí podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybná (Kacanů, 2001, s. 7). Jedním z problémů současné společnosti je i deficit v oblasti komunikace s osobami se zdravotním postižením. Efektivní komunikace je nejen věda, ale i umění, které vyžaduje kromě aktivního naslouchání i přiměřené reagování. Ve vztahu k jednotlivým typům zdravotního postižení je komunikace různorodá a v mnoha ohledech specifická (Králová, Špatenková, 2009, s. 52).

Podle Evropského hospodářského a sociálního výboru EU tvoří lidé se zdravotním postižením zhruba 16 % obyvatelstva Evropské Unie, tj. 80 milionů osob. Představují také jednu šestinu pracujících obyvatel v Evropské Unii (EHSV, 2011, s. 5). Na základě principu rovnoprávnosti je nutné zajistit rovný přístup k právům a svobodám pro osoby se zdravotním postižením a respektování jejich důstojnosti. Existují však faktory, které vytvářejí bariéry limitující plnou využitelnost těchto práv osobami se zdravotním postižením. Patří mezi ně především:

- **Architektonické bariéry** – nepřizpůsobení provozu zařízení specifickým potřebám osob se zdravotním postižením.
- **Provozní bariéry** – nedostatek personálu a finanční limitace.
- **Komunikační bariéry** – deficit znalostí specifických postupů a technik nezbytných pro komunikaci se zdravotně postiženými.
- **Vědomostní bariéry** – neznalost intervencí podporujících nezávislost a respekt k osobní důstojnosti.

Dokumenty ČR vztahující se k problematice osob se zdravotním postižením

Článek 1 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (2010, s. 98) uvádí: „osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“ Nepříznivé důsledky a dopady vyplývající z existence zdravotního postižení je možné do určité míry eliminovat propracovaným systémem opatření, na jejichž realizaci se musí podílet celá společnost. Česká republika se v posledních dvou desetiletích zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou odpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti a zapojení se do společnosti. Systematicky usiluje o postupné řešení jednotlivých dílčích oblastí, včetně zdravotnictví, které se bezprostředně dotýkají zdravotně postižených, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života. (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010, s. 5). Důležitou dílčí oblastí je i využívání volného času. Zde je cílem umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se na rovnoprávném základě s ostatními na rekreační, zájmové a sportovní činnosti (Vládní výbor

pro zdravotně postižené občany, 2010, s. 50). V této souvislosti byly v uplynulém období vypracovány a vládou ČR schváleny následující dokumenty:

1. **Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům**, schválený v roce 1992 usnesením vlády ČR č. 466.
2. **Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení**, přijatý v roce 1993 usnesením vlády ČR č. 493.
3. **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením**, přijatý v roce 1998 usnesením vlády ČR č. 256, s úpravou provedenou v roce 2001 usnesením vlády ČR č. 770.
4. **Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením**, schválená v roce 2004 usnesením vlády ČR č. 605.
5. **Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009**, přijatý v roce 2005 usnesením vlády ČR č. 1004.
6. **Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014**, schválený v roce 2010 usnesením vlády ČR č. 253.
7. **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010, částka 4**. Pro ČR vstoupila Úmluva v platnost podle svého čl. 45 odst. 2 dne 28. října 2009. Na základě čl. 10 Ústavy se stala Úmluva po svém vyhlášení dne 12. února 2010 součástí právního řádu ČR a podle téhož článku má Úmluva přednost před zákonem.

Dílčí oblasti řešené problematiky

□ Komunikační kompetence poskytovatelů zdravotní péče

Ve výše citovaných dokumentech je opakovaně poukazováno na nutnost odstraňování komunikačních bariér a podporování vzniku informačních materiálů a vzdělávacích aktivit vztahujících se k problematice způsobů, metod a forem komunikace zdravotnické veřejnosti s osobami se zdravotním postižením. (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany: 1992, s. 14; 2005, s. 21; 2010, s. 34; Sbírka mezinárodních smluv ČR č. 10/2010, Částka 4, s. 100). Realitou napříč spektrem zdravotnických institucí je však skutečnost, že hospitalizace osob se zdravotním postižením představuje často pro zdravotnické profesionály situaci, na kterou nejsou v rámci pregraduální profesní přípravy dostatečně odborně připravováni. Ve většině kurikul ošetrovatelských studijních programů je na vysokých školách problematika péče o osoby se zdravotním postižením probírána ne jako samostatný předmět, ale pouze jako součást jiných předmětů.

Připravenost studentů třetích ročníků bakalářského studijního programu Všeobecná sestra poskytovat péči osobám se zdravotním postižením byla zkoumána v pilotní studii realizované roce 2011 v rámci bakalářské práce K. Dymákové na FZV UP v Olomouci. Výzkumného šetření se zúčastnilo 60 studentů ze čtyř vysokých škol (Brno, Č. Budějovice, Olomouc, Pardubice). 98 % respondentů potvrdilo, že se během své praxe setkalo s pacientem se zdravotním postižením, nejčastěji se jednalo o tělesné postižení (88 %). Téměř tři čtvrtiny studentů (72 %) uvedlo, že problematika osob se zdravotním postižením není na jejich vysoké škole vyučována v samostatném předmětu, ale jen jako součást jiných předmětů. Znalostní test, který byl součástí dotazníku, ukázal, že se studenti nejlépe orientovali v problematice

komunikace a přístupu k osobám s tělesným postižením (průměrná četnost všech správných odpovědí byla 95 %). Nejhůře se respondenti orientovali v problematice komunikace a přístupu k osobám se sluchovým postižením (průměrná četnost správných odpovědí 73 %). Zájem o předmět, který by se samostatně věnoval problematice péče o osoby se zdravotním postižením, deklarovalo 70 % respondentů (Dymáková, 2011, s. 41–45).

□ **Zdravotní postižení u stárnutí populace**

Zhoršení sluchu je často podceňovaným zdravotním problémem u starší populace, které nastupuje ve větší míře u osob ve věku ≥ 50 let (Agrawal, Platz, Niparko, 2008, s. 1524–1525, 1527). Zvýšení prevalence ztráty sluchu je celosvětově velkým zdravotním problémem spojeným se stárnutím populace. Snížená schopnost slyšet a komunikovat, je pro seniora frustrující, může vést k sociální izolaci, zkrácené komunikaci a ke stigmatizaci. Je spojena s negativními psychologickými dopady, zhoršením kvality života a depresivními symptomy (Schneider, et al, 2010, s. 459). Zvlášť závažný je tento problém v kombinaci dalším zdravotním postižením, např. s demencí (Allen et al., 2003, s. 189). Proto by měl být do pregraduální profesní přípravy studentů zdravotnických i tělovýchovných oborů integrován i blok specificky zaměřený na problematiku seniorů s kombinovaným zdravotním postižením (multihandicapem).

□ **Komunikační kompetence specialistů v oblasti využívání volného času**

Je potřeba více podporovat odstraňování bariér bránících intenzivnějšímu přístupu osob se zdravotním postižením ke kulturním službám i volnočasovým aktivitám, a tak jim umožnit důstojnou seberealizaci. Východiskem pro řešení je Státní kulturní politika ČR na období 2009–2014, která zohledňuje potřeby osob se zdravotním postižením a považuje jejich účast na kulturním životě za významný prostředek jejich začleňování se do společnosti (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010, s. 49–50). Pro splnění tohoto úkolu je potřebné do systému vzdělávání specialistů v oblasti využívání volného času, zařadit bloky nebo moduly se zaměřením na problematiku zdravotního postižení. Výsledkem procesu bude eliminace rizika sociální izolace a vytvoření pozitivního prostředí pro zapojení osob se zdravotním postižením do rekreačních aktivit bez informačních a psychosociálních bariér.

Osoby se zdravotním postižením a kompetence studentů zdravotnických a tělovýchovných programů

Výsledky analýzy dílčích oblastí se staly podnětem k přípravě společného projektu Fakulty zdravotnických věd (FZV) a Fakulty tělesné kultury (FTK) Univerzity Palackého v Olomouci s cílem primárně zvýšit úroveň teoretických znalostí a praktických dovedností studentů akreditovaných zdravotnických a tělovýchovných studijních programů v problematice osob se zdravotním postižením. Projekt je realizován od 1. 1. 2012. Primární cílovou skupinu tohoto projektu tvoří studenti bakalářských studijních oborů Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Radiologický asistent a Rekreatologie. Akcent je kladen na:

- ⇒ **dostupnost informací** a služeb při kontaktu s osobami se zdravotním postižením;
- ⇒ **iniciaci zájmu** o tuto problematiku;
- ⇒ **rozvoj psycho-sociálních profesních kompetencí** studentů;

⇒ **zapojení osob se zdravotním postižením** jako pedagogů/lektorů do vzdělávacího procesu, což představuje nový aspekt výuky. Od účasti lektora na seminářích se očekává:

- **identifikace nejpodstatnějších aspektů** daného zdravotního postižení;
- **využití vlastní empirické zkušenosti** ve výuce;
- **umožnění studentům zažít bezprostřední zkušenost** se zdravotně postiženým, který není jen v roli pacienta;
- **konfrontace vžitých schémat a mýtů s realitou** ve vztahu k osobám se zdravotním postižením.

Naplnění cíle projektu bude dosaženo řešením klíčových aktivit, které se věnují problematice zdravotního postižení ve společném základu s rozšiřujícími specifickými informacemi směřujícími do oblasti zdravotnictví (studijní obor Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Radiologický asistent) a tělovýchovné (Rekreologie).

Pracovníci řešitelského týmu připravují ve spolupráci s odborníky z praxe inovaci tří předmětů:

- ⇒ **Základy péče o osoby se zdravotním postižením** (FZV UP v Olomouci);
- ⇒ **Základy komunikace v ošetrovatelství** (FZV UP v Olomouci);
- ⇒ **Komunikativní dovednosti** (FTK UP v Olomouci).

Budou vytvořeny sylaby předmětů s akcentem na začlenění konkrétních specifik problematiky osob se zdravotním postižením tak, aby je bylo možno použít ve výuce dle potřeb jednotlivých studijních oborů. Aktivita bude realizována v průběhu tří let řešení projektu.

Obsah jednotlivých předmětů bude vycházet z legislativních dokumentů, s důrazem na definované potřeby praxe. Materiály budou dostupné v české a anglické verzi. Samotná výuka bude rozšířena o výukové pomůcky, které mohou přispět k větší názornosti dané problematiky. Dále bude začleněn i blok specificky zaměřený na problematiku péče o seniory s multihandicapem.

Studentům bude umožněno absolvovat praxi/stáž pod vedením mentora v organizacích sdružujících osoby se zdravotním postižením (organizace reprezentující smyslové a tělesné postižení).

V rámci mezifakultní a mezioborové spolupráce a se zapojením tuzemských i zahraničních odborníků z praxe a pedagogů/mentorů se zdravotním postižením budou vyvinuty, evaluovány a ověřeny výukové opory. Studijní materiály budou zahrnovat problematiku zohlednění speciálních potřeb osob se zdravotním postižením pro oblast zdravotnictví a tělovýchovy (oblast rekreologie).

Závěr

Realizací tohoto projektu bude možno ve výuce studentů zdravotnických a tělovýchovných studijních programů propojit teoretické poznatky a nácvik modelových situací s přímým kontaktem studentů s jedinci se zdravotním postižením. Studenti tak mohou získat dovednosti

v přístupu k osobám se zdravotním postižením a zlepšit vnímání jejich potřeb z holistického pohledu.

Doporučení pro praxi

Začlenění pedagogů/lektorů se zdravotním postižením přímo do vyučovacího procesu zdravotnických a tělovýchovných studijních programů může být velmi přínosné. Nabízí se zde platforma pro zajímavou formu výuky, kde lektor může uplatnit své osobní zkušenosti ze života s handicapem. Studenti tak mají možnost získat nové poznatky při práci s minoritními skupinami, což je pro většinu zcela nová zkušenost.

Príspevek je dedikovaný projektu CZ.1.07/2.2.00/28.0181 – Zvýšení profesních kompetencí studentů zdravotnických a tělovýchovných studijních programů ve vztahu k osobám se zdravotním postižením a je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

Použitá literatura

- [1] Agrawal, Y., Platz, E. A., Niparko, J. K. 2008. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults: Data from the national health and nutrition examination survey, 1999-2004. In Arch Intern Med. ISSN 0003-9926 2008, roč. 168, č. 14, s. 1522-1530.
- [2] Allen, N., Burns, A., Newton, V. et al. 2003. The effects of improving hearing in dementia. In Age Ageing. ISSN 0002-0729, 2003, roč. 32, č. 2, s. 189–193.
- [3] DYMÁKOVÁ, K. 2011. Problematika připravenosti studentů oboru Všeobecná sestra poskytnout ošetrovatelskou péči klientům se zdravotním postižením: bakalářská práce. Olomouc: FZV 2011. 60 s.
- [4] EHSV. 2011. Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením na léta 2010–2020. [online]. Brusel, 2011 [cit. 2012.01.25.] Dostupné na internetu: <http://www.nrzp.cz/images/docs/Stanovisko%20EESC.doc>
- [5] KACANŮ, E. 2001. Jsme invalidé. 1. vydání. Praha: Mutabene, 2001. 88 s. ISBN 80-86745-05-8
- [6] KRÁLOVÁ, J., ŠPATENKOVÁ, N. 2009. Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [7] Sbírka mezinárodních smluv ČR č. 10/2010, Částka 4. 2010. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2010. s. 66–128. ISSN 1801-0393.
- [8] Schneider, J., Gopinath, B., Karpa, M. et al. 2010. Hearing loss impacts on the use of community and informal supports. In Age Ageing. ISSN 0002-0729, 2010, roč. 39, č. 4, s. 458–464.
- [9] STŘEDNĚDOBÁ KONCEPCE STÁTNÍ POLITIKY VŮČI OBČANŮM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. 2004. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 140 s. ISBN 80-86734-22-6.

- [10] Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 1992. Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům. Praha: Úřad vlády ČR. 2010. 48 s.
- [11] Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 1993. Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Praha: Úřad vlády ČR. 1993. 30 s.
- [12] Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 2001. Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Praha: Úřad vlády ČR. 2001. 38 s.
- [13] Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 2005. Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009. Praha: Úřad vlády ČR. 2010. 36 s. ISBN 80-86734-66-8.
- [14] Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 2010. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014. Praha: Úřad vlády ČR. 2010. 56 s. ISBN 978-80-7440-024-7.

Adresy autorů

PhDr. Helena Kisvetrová

Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

tř. Svobody 8

771 11 Olomouc

e-mail: helena.kisvetrova@upol.cz

Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Katedra aplikovaných pohybových aktivit, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

Tř. Míru 115

771 11 Olomouc

e-mail: petra.kurkova@upol.cz

PODIEL PÔRODNEJ ASISTENTKY NA HUMANIZÁCII PÔRODU

Mária Kopáčiková, Jaroslav Stančiak, Jozef Novotný

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva Ružomberok, SR
Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotníckych štúdií, ČR

Abstrakt

Východisko: Zisťovali sme a porovnávali sme názory respondentov na poskytovanie starostlivosti pri fyziologickom pôrode, mieru informovanosti o priebehu pôrodu a poznatky o alternatívnych spôsoboch vedenia pôrodu, úroveň spokojnosti s poskytovaním starostlivosti pôrodnou asistentkou počas pôrodu.

Súbor a metódy: Výskumnú vzorku tvorilo 160 respondentov/šestonedieľok, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky sme spracovali štatisticky a znázornili graficky.

Výsledky: Zistili sme, že úroveň vedomostí je dobrá a šestonedielky vyjadrili spokojnosť s poskytovanou starostlivosťou. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Záver: Navrhujeme zvýšiť podiel pôrodných asistentiek vytvorením tímov so zameraním na výchovu a poradenstvo, prezentovať súčasné ponímanie pôrodnej asistencie a teórie humanizácie pôrodu širokej ženskej populácii. Zmeniť prístup a správanie k rodičkám, vytvoriť atmosféru plnú citu a porozumenia, ktorá spolu s vysokou erudíciou pôrodných asistentiek a celého tímu zdravotníckych pracovníkov prispeje k pohode rodičky a prinesie želaný benefit.

Kľúčové slová

Pôrod. Alternatívny pôrod. Pôrodná asistentka. Pôrodná asistencia. Humanizácia.

MIDWIFE SHARE IN CHILDBIRTH HUMANISATION

Abstract

Background: We surveyed and compared respondents opinions in providing care at physiological childbirth, level of awareness of childbirth process and knowledge of alternative ways of childbirth management, level of satisfaction with care provided by a midwife during the childbirth.

File and methods: Research sample consisted of 160 respondents/mothers in postpartum period, randomly selected. We used the questionnaire method. Results were processed statistically and graphically presented.

Results: We found that the level of knowledge is good and mothers in postpartum period expressed satisfaction with the care provided. In some areas we have identified certain shortages.

Conclusion: We propose to increase midwives share by creating teams focused on education and counseling, present current understanding of midwifery and childbirth humanisation theory to common female population. To change approach and behaviour to birthing women, to create environment full of emotions and understanding which together with high erudition of midwives and the entire team of health staff contributes to the contentment of birthing woman and brings desired benefit.

Key words

Childbirth. Alternative childbirth. Midwife. Midwifery. Humanization.

ÚVOD

Pôrod je prirodzený proces, ktorý je súčasťou každého človeka. Je to jedinečný a úžasný zážitok v živote ženy a rodiny. U zdravej, normálne vyvinutej ženy sú gravidita a pôrod prirodzené deje, no súčasne je to aj záťaž pre organizmus. Predpokladom prirodzeného priebehu pôrodu je, aby rodička bola na pôrod psychicky a fyzicky dobre pripravená. V tejto príprave má nenahraditeľné miesto pôrodná asistentka v rámci kurzov psychofyzickej prípravy na pôrod (Repková, 2008).

Naše súčasné pôrodníctvo spĺňa všetky predpoklady bezpečného pôrodu. Zdravotnícke zariadenia disponujú modernou technikou a vysoko erudovanými odborníkmi. Minulé storočie sa nieslo v znamení vedy a techniky, ale 21. storočie postupne odкрýva nedostatky pretechnizovaného sveta a apeluje na návrat k ľudskosti, prirodzenosti a vzájomnej úcte.

Problematika humanizácie pôrodníctva je skloňovaná všade tam, kde sa hovorí o prirodzenom pôrode. O potrebe humanizácie modernej pôrodnickej starostlivosti niet pochyb. Vyriešenie tejto problematiky v pôrodníckom ošetrovatel'stve prinášajú alternatívne spôsoby vedenia pôrodu. Zdôrazňujú holistický prístup k rodičke a k dieťaťu a ponúkajú prirodzené metódy na úspešné zvládnutie prirodzeného pôrodu. Emocionálna podpora rodičky má svoj význam nielen pri pôrode, ale umožňuje aj zdravý štart do života novej rodiny a modifikuje priebeh šestonedelia (Repková, 2011).

Zmeniť cudzie, chladné prostredie pôrodnej sály na príjemné, útulné prostredie. Neosobný prístup personálu nahradiť individuálnym prístupom a nechať rodičku prežívať svoj pôrod. Pôrodná asistentka ako kontaktná osoba s gravidnou ženou, môže vo včasných štádiách pôrodu zachytiť vyvíjajúce sa odchýlky a upozorniť lekára.

Starostlivosť pri prirodzenom pôrode

Pôrod je fyziologická záležitosť. WHO (1996) definuje normálny pôrod ako spontánne vyvolaný, s nízkym rizikom na začiatku prvej doby pôrodnej, ktoré je nemenné počas celej prvej a druhej doby pôrodnej. Dieťa sa narodí spontánne v pozícii hlavou vpred, v období medzi ukončeným 37. a 42. týždňom tehotenstva. Po pôrode sú matka a dieťa v dobrom stave.

Alternatívny pôrod znamená fyziologický, nerušený pôrod. Začína sa už starostlivosťou o matku v poradni (predpôrodná príprava). Budúca rodička absolvuje sonografické vyšetrenie

s otcom dieťaťa, ktorý bude aj pri pôrode. Predpôrodná starostlivosť zahŕňa zútulenie pôrodnej miestnosti, zabezpečenie intimity, nezaťažovanie rodičky nadmerným vyšetovaním, vytvorenie priateľského prostredia zbavujúceho matku úzkosti, využitie relaxačných cvikov, techník a pomôcok. Pri pôrode je rodička v polohe, ktorá jej vyhovuje. Po pôrode sa dieťa neoddeľuje od matky, ale priloží sa k prsníku (Eliášová, 2000).

Pri definovaní prirodzeného pôrodu treba brať do úvahy dva faktory a to:

- stupeň rizikovosti gravidity
- priebeh prvej a druhej doby pôrodnej

Prediktívna hodnota stanoveného rizika nie je zd'aleka stopercentná.

Cieľom starostlivosti je zaistiť dobré zdravie matky a dieťaťa s minimálnou možnou mierou intervencie, ktorá je potrebná pre bezpečie matky a dieťaťa. Úlohou poskytovateľov starostlivosti je:

- podporovať ženu, jej partnera a rodinu počas I. doby pôrodnej, v okamžiku pôrodu a v období, ktoré nasleduje po pôrode
- sledovať ženu v priebehu pôrodu, monitorovať stav plodu a stav dieťaťa po pôrode, zhodnotiť rizikové faktory, včas odhaliť komplikácie
- ak je dôvod, previesť menšie zásahy ako amniotómiu, epiziotómiu, starať sa o dieťa po pôrode
- doporučiť ženu na vyššiu úroveň starostlivosti, akonáhle sú rizikové faktory zrejmé, alebo nastanú komplikácie, ktoré toto doporučenie opodstatňujú (WHO, 1996).

Aktívne ovládanie pôrodu predstavuje aktívne pôsobenie pôrodníka v priebehu pôrodnického deja s využitím všetkých prostriedkov modernej medicíny. Každá rodička je podrobená vyšetreniam a ošetreniam, čo umožní včasný záchyt patológií (Duinová, 1997).

Tradičné pôrodnictvo s aktívnym ovládaním pôrodného deja dospelo k množstvu pozitívnych výsledkov, ktoré poukazujú na dobrú kvalitu zdravotnej starostlivosti. Medzi najdôležitejšie patrí výrazné zníženie chorobnosti, úmrtnosti rodičiek a detí pri pôrode, zníženie pôrodných poranení a komplikácií po pôrode (Pont'uch, 1989). Na druhej strane, prísne riadenie a zasahovanie do prirodzeného pôrodného deja vytvorilo negatíva, ktoré je potrebné eliminovať. Žena sa cíti byť pacientkou, pretože sa k nej tak pristupuje. Stáva sa pasívnou a ťažko sa s ňou spolupracuje. Je úzkostlivá, má obavy a strach z neznáameho, o dieťa a o seba. Pôrodná bolesť sa stáva neznesiteľnou, pretože aj podprahové impulzy pôsobením stresu vníma ako intenzívne bolesti (Tomáš, 2000).

Alternatívne pôrodnictvo sa svojím pôsobením snaží oživiť a humanizovať pôrodnictvo, pristupovať k žene – matke holisticky a pripraviť pre dieťa taký príchod na svet, ktorý nebude ničím a nikým rušený (Tomáš, 2000). Rodičky by mali vedieť, že aj pri alternatívnom prístupe k pôrode je vždy k dispozícii tím odborníkov pôrodnictva, na ktorých sa dá vždy spoľahnúť a ktorí vedia včas zareagovať na zmeny zdravotného stavu matky a dieťaťa. To znamená, že pôrod bude bezpečný, pritom láskavý a nežný. K alternatívnym metódam vedenia pôrodu patrí pôrod bez strachu (relaxačné techniky), psychoprofylaxia (sústredenie mysle), pôrod bez násilia (sledovanie dieťaťa), pôrod do vody, pôrod za asistencie blízkej

osoby, pôrod v domácnosti, slobodná voľba polohy, masážne techniky pri pôrode, audioanalgézia, aromaterapia, hypnóza pri pôrode a gravidjoga.

V pôrodnej asistencii sa začala venovať zvýšená pozornosť humanizácii ako odpoveď na technický pokrok prenikajúci do pôrodnickej praxe. Humanizmus sa týka postojov a prístupov k rodičke a k jej blízkym. Zamieriava sa na matku a jej dieťa a opiera sa o koncepciu ľudských práv. Pôrodná asistentka s humanistickým prístupom berie do úvahy všetky známe údaje o budúcej mamičke, jej myšlienky, pocity, hodnoty, skúsenosti, túžby, správanie a telo. To si vyžaduje od pôrodnej asistentky schopnosť načúvať žene a vnímať jej pocity. Schopnosť reagovať otvorene, srdečne s cieľom vyvolať pocit optimálneho blaha. Poskytovaná starostlivosť musí byť účinná. Názory na jej ciele a optimálny spôsob dosahovania sa však stále rôznia vzhľadom na priority jednotlivca a spoločnosti.

Pôrod je intímna a individuálna záležitosť. Žena sa musí sama rozhodnúť ako chce rodiť. Pôrodná asistentka jej musí byť oporou a radcom. Dôležité je vytvoriť rodičke priestor, v ktorom bude mať súkromie, kde sa bude môcť pohybovať ako sa jej zachce a zvoliť si polohu, ktorá jej vyhovuje. Vhodné by bolo, aby rodička poznala už pred príchodom do pôrodnice pôrodnú asistentku a jednotlivých členov tímu, ktorí sa o ňu budú starať počas pôrodu. Mala by mať možnosť vopred diskutovať s pôrodnou asistentkou o všestrannej starostlivosti pri pôrode. Rešpektujeme nenarodené dieťa ako ľudskú bytosť s právom na ohľaduplné zaobchádzanie.

Pre matku a dieťa z hľadiska citového rozvoja je dôležitý prvý intímny kontakt po pôrode (skin to skin kontakt). Po pôrode ukladáme dieťa na matku dole bruškom a pupočná šnúra pulzuje. Táto poloha umožňuje dieťaťu, aby sa v zhode so svojim rytmom postupne vystieralo, natáhovalo a roztváralo.

Kým pupočná šnúra drží treba ju zachovať. Nedotýkať sa jej. Znamená to transformovať pôrod. Dieťa vychutnáva novú skúsenosť, raduje sa z nového, nenásilne zabúda na svet, ktorý práve opustilo. Priložme ho k prsníku a nechajme sať. Po prvom ošetrení zostáva v postieľke vedľa matky (Leboyer, 1991).

Pôrodnú asistenciu chápeme ako proces spojený s etickým rozhodovaním. Etika v pôrodnej asistencii vymedzuje postupy spojené s graviditou a pôrodom. Prvoradou úlohou zostáva naplniť eticko-humánny profil a formovať eticko-morálny profil pôrodnej asistencie.

Cieľom práce je zistiť názory respondentov na poskytovanie starostlivosti pri fyziologickom pôrode a to:

- mieru informovanosti o priebehu pôrode a poznatky o alternatívnych spôsoboch vedenia pôrodu,
- úroveň spokojnosti s poskytovaním starostlivosti pôrodnou asistentkou počas pôrodu.

MATERIÁL A METODIKA

CHARAKTERISTIKA PRIESKUMNEJ VZORKY A METÓDY

Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu na oddeleniach šestonedelia v tradičnej pôrodnici a v alternatívnej pôrodnici. Prieskumnú vzorku tvorilo

160 respondentov. Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

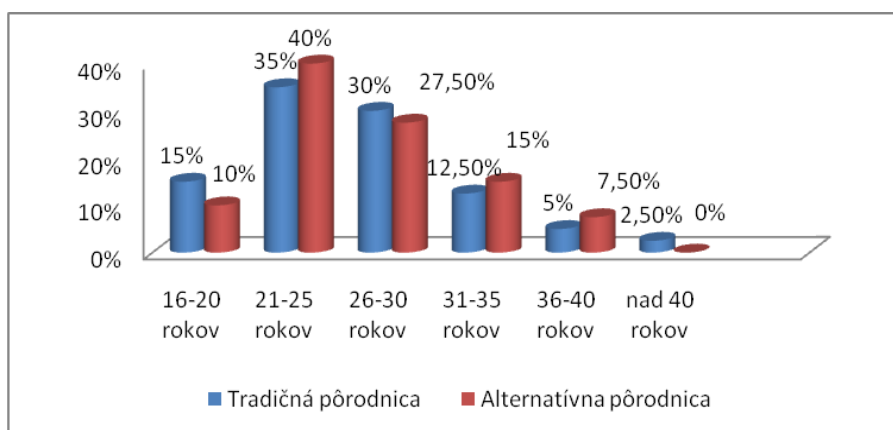
- šestonedielky po pôrode rôzneho veku, pohlavia a vzdelania.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník, ako najvhodnejšiu metódu na získavanie postojov a názorov väčšieho počtu respondentov na danú problematiku. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne podľa potreby i dopísať.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch október až december 2009. Výsledky boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

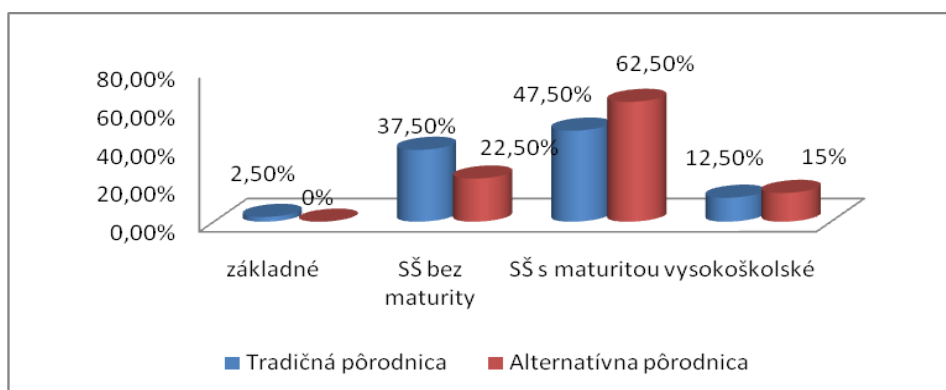
VÝSLEDKY

Graf 1 Rozloženie respondentov podľa veku



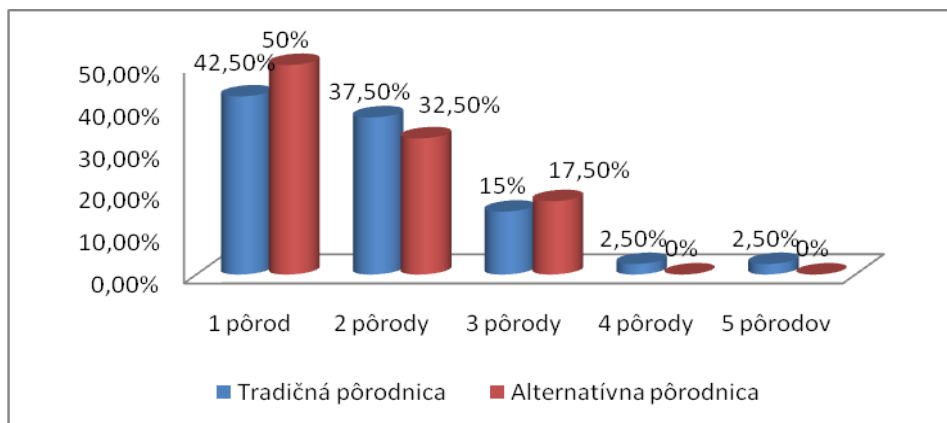
Najväčšiu skupinu súboru respondentov v tradičnej pôrodnici tvorilo 28 šestonedielok (35%) vo veku 21 až 25 rokov. Vek 26 až 30 rokov uviedlo 24 šestonedielok (30%) a 12,5% (10) šestonedielok malo 31-35 rokov. 36-40 rokov mali štyri ženy (5%) a jedna žena uviedla vek na 40 rokov (2,5%). V alternatívnej pôrodnici tvorili najväčšiu skupinu 32 (40%) respondentov šestonedielky vo veku 21 až 25 rokov. 22 (27,5%) šestonedielok udalo vek 26-30 rokov, 12 (15%) bolo vo veku 31-35 rokov. Vo vekovej skupine 16-20 rokov bolo 8 (10%) šestonedielok. Najmenej šestonedielok 6 (7,5%) udalo vek 36-40 rokov (graf 1).

Graf 2 Rozloženie respondentov podľa vzdelania



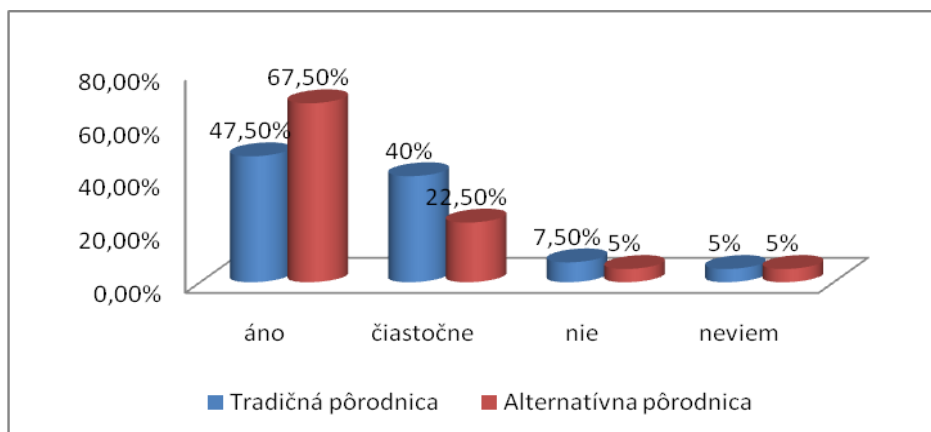
V sledovanom súbore v tradičnej pôrodnici najväčšiu skupinu respondentov 47,5% (38 žien) tvorili šestonedielky so stredoškolským vzdelaním s maturitou. 30 (37,5%) šestonedielok uviedlo stredoškolské vzdelanie bez maturity a 12,5% (10 žien) malo vysokoškolské vzdelanie. Dve šestonedielky (2,2%) mali základné vzdelanie. V súbore respondentov v alternatívnej pôrodnici najväčšiu skupinu 62,5% (50 žien) tvorili šestonedielky so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Stredoškolské vzdelanie bez maturity uviedlo 18 (22,5%) šestonedielok. Skupinu vysokoškolsky vzdelaných respondentov tvorilo 12 (15%) šestonedielok (graf 2).

Graf 3 Rozloženie respondentov podľa počtu pôrodov



Prvorodičky 34 (42,5%) šestonedielok v sledovanom súbore v tradičnej pôrodnici tvorili najväčšiu skupinu. 37,5% (30) šestonedielok rodilo druhý krát a 12 (15%) šestonedielok rodilo tretí krát. Zhodne po 2 (2,5%) šestonedielky uviedli 4 pôrody a 5 pôrodov. V alternatívnej pôrodnici 4. a 5. pôrod neuviedla ani jedna šestonedielka. Druhý krát rodilo 26 (32,5%) šestonedielok a tretí krát 14 (17,5%) šestonedielok. Najväčšiu skupinu respondentov tvorili prvorodičky 40 (50%) šestonedielok (graf 3).

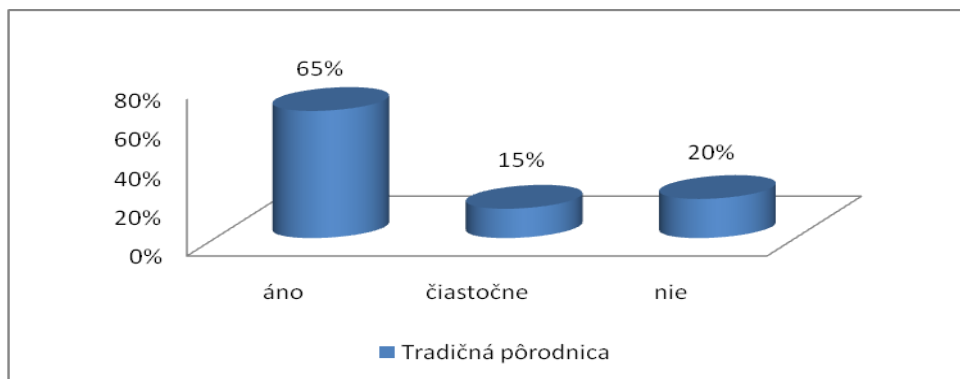
Graf 4 Porovnanie informovanosti o priebehu pôrodu



Na grafe č. 4 prezentujeme porovnanie informovanosti o priebehu pôrodu. V sledovanom súbore v tradičnej pôrodnici odpovedalo kladne 38 (47,5%) šestonedielok, čiastočne bolo informovaných 32 (40%) šestonedielok. 7,5% (6) šestonedielok odpovedalo, že neboli informované a 4 (5%) šestonedielok odpovedalo, že si nepamätá na poskytnutie informácií.

V alternatívnej pôrodnici 67,5 % (54) šestonedieľok uviedlo dostatočnú informovanosť. 18 (22,5%) šestonedieľok bolo čiastočne informovaných a nedostatočne bolo informovaných 5% (4) šestonedieľok. 4 (5%) šestonedieľky si nepamätali, že by im boli poskytnuté informácie.

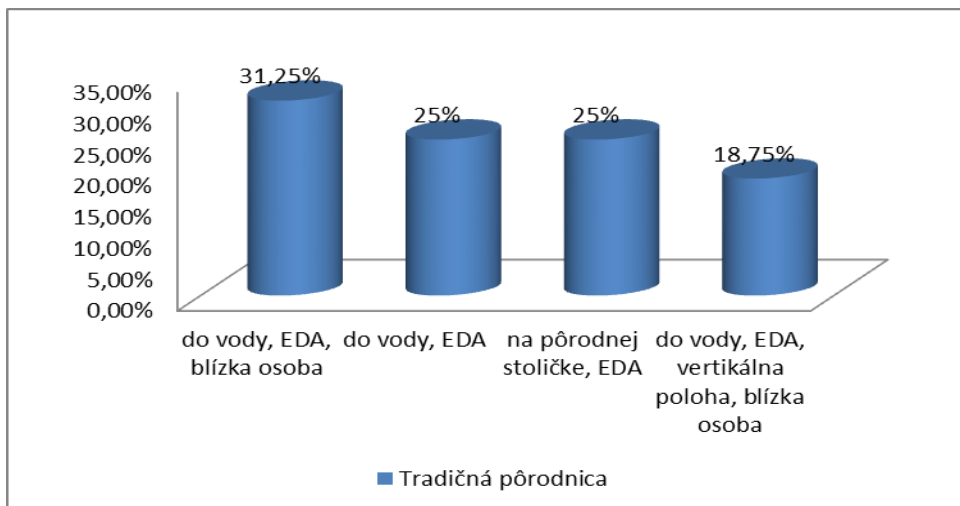
Graf 5 Informovanosť o alternatívnych metódach vedenia pôrodov



Informovanosť o alternatívnych metódach vedenia pôrodov a znalosť alternatívnych metód sme zisťovali u respondentov v tradičnej pôrodnici.

Väčšina respondentov 52 (65%) šestonedieľok uviedla, že má poznatky o alternatívnych pôrodoch. Podľa odpovedí čiastočné poznatky má 15% (12) šestonedieľok a 16 (20%) šestonedieľok uviedlo, že o nich nemá žiadne informácie. Ako zdroj informácií uvádzali časopisy (Rodina, Emma, Eva), internet a knihy (Tehotnosť deň za dňom). Prekvapilo nás, že ako zdroj uvádzali aj Pôrod bez násilia od Leborgyera a Znovuzroženýporod od Odenta (graf 5).

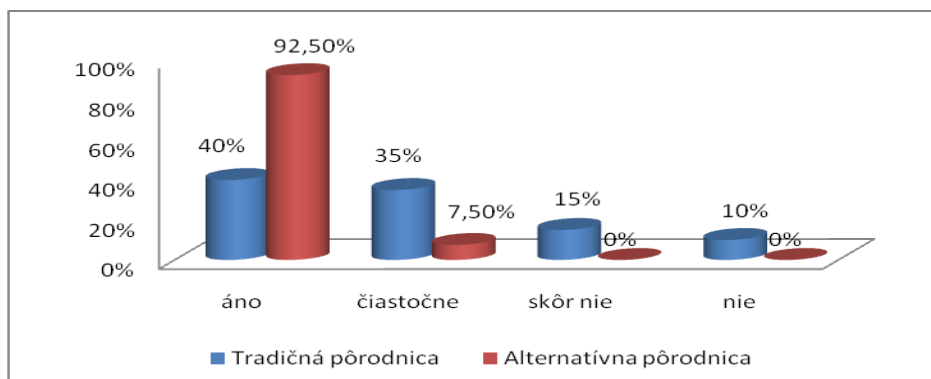
Graf 6 Znalosť o alternatívnych spôsoboch vedenia pôrodu



Na túto otázku odpovedalo 64 šestonedieľok, ktoré uviedli, že majú informácie o alternatívnych pôrodoch. Pôrod do vody, epidurálnu analgéziu prítomnosť blízkej osoby pri pôrode uviedlo 31,25% (20) šestonedieľok. Pôrod do vody a epidurálnu analgéziu pozná 25% (16) šestonedieľok a tak isto 25% (16) šestonedieľok uviedlo dva spôsoby a to pôrod na pôrodnej stoličke a epidurálnu analgéziu. Pôrod do vody, epidurálnu analgéziu, vertikálne polohy a blízku osobu pri pôrode z celkového súboru respondentov uviedlo 18,75% (12)

šestonediel'ok. Hoci epidurálna analgézia pri pôrode nepatrí medzi alternatívne spôsoby vedenia pôrodu, uviedli ju všetky respondentky (graf 6).

Graf 7 Spokojnosť s prístupom personálu

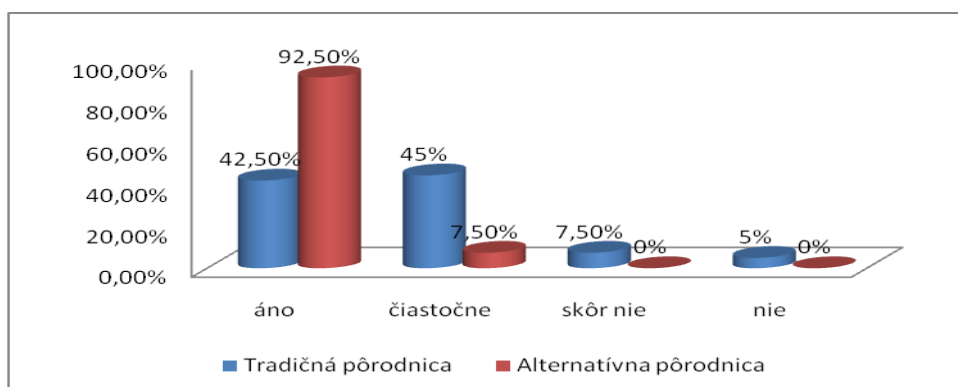


Zaujímala nás aj spokojnosť respondentov s prístupom zdravotníckeho personálu k rodičkám, ktorá je dôležitým ukazovateľom kvality ošetrovateľskej starostlivosti v priebehu pôrodu.

Spokojnosť v sledovanom súbore v tradičnej pôrodnici vyjadrilo 32 (40%) šestonediel'ok. Čiastočne bolo spokojných bolo 28 (35%) šestonediel'ok, skôr nespokojných bolo 12 (15%) šestonediel'ok a záporne odpovedalo 8 (10%) šestonediel'ok. V alternatívnej pôrodnici vyjadrilo spokojnosť s prístupom ošetrovateľského personálu 92,5% (74) šestonediel'ok. Čiastočnú spokojnosť vyjadrilo 7,5% (6) šestonediel'ok.

Pohľad na spokojnosť s prístupom prezentujeme na porovnávacom grafe č. 7. Spokojnosť šestonediel'ok alternatívnej pôrodnici bola 92,5%, kým v tradičnej pôrodnici iba 40%. Táto spokojnosť predstavuje polovičnú hodnotu v porovnaní s alternatívnou pôrodnicou. Ako dôvod nespokojnosti uvádzali netaktnosť, odmerané správanie, uponáhľanosť, neschopnosť komunikácie a nedostatok ústretovosti zo strany personálu. Príčinou nespokojnosti bola aj hlučnosť a nedostatok súkromia.

Graf 8 Spokojnosť so starostlivosťou poskytovanou pôrodnou asistentkou



Spokojnosť v sledovanom súbore v tradičnej pôrodnici vyjadrilo 34 (42,5%) šestonediel'ok. 45% (36) šestonediel'ok bolo čiastočne spokojných, skôr nespokojných bolo 7,5% (6) šestonediel'ok a 4 (5%) šestonediel'ky boli nespokojné. Ako dôvod nespokojnosti uvádzali nemožnosť vybrať si polohu pri pôrode, prijímať tekutiny v prvej dobe pôrodnej,

nedostatočné a nezrozumiteľné informácie. V sledovanom súbore v alternatívnej pôrodnici vyjadrilo spokojnosť s poskytovanou starostlivosťou 92,5% (64) šestonediel'ok. Čiastočne spokojných bolo 7,5% (6) šestonediel'ok (graf 8).

DISKUSIA A ZÁVER

Dnes keď prebieha aj u nás vlna návratu prirodzeného pôrodu, časť našich rodičiek odchádza do zahraničia porodiť svoje dieťa, kde si môžu vybrať druh pôrodu a starostlivosť podľa ich predstáv. Väčšina rodičiek rodí v našich pôrodniciach, kde dostáva štandardnú starostlivosť. Pribúdajú pôrodnice, ktoré sa stotožňujú s teóriou „humánneho pôrodu“. Do praxe sa to premieta ako nadštandardne poskytovaná starostlivosť.

Väčšina respondentov má určité informácie o prirodzenom pôrode, ale nechápu podstatu alternatívnych metód, ktorou je prirodzený prístup k pôrodu. Dôkazom toho je aj, že hoci epidurálna analgézia pri pôrode nepatrí medzi alternatívne spôsoby vedenia pôrodu, uviedli ju všetky respondentky Ako zdroj informácií uvádzali časopisy (Rodina, Emma, Eva), internet a knihy. Prekvapilo nás, že ako zdroj uvádzali aj Pôrod bez násilia od Leborgyera a Znovuzrozený porod od Odenta. To si vyžaduje, zvýšiť podiel pôrodných asistentiek vytvorením tímov so zameraním na výchovu a poradenstvo. Intenzívnejšie zamerať edukačné aktivity v prenatalnej starostlivosti na danú problematiku. Implementovať ich do kurzov psychofyzickej prípravy gravidných žien a medializáciou zvýšiť informovanosť žien o alternatívnych spôsoboch vedenia pôrodu. Prezentovať súčasné ponímanie pôrodnej asistencie a teórie humanizácie pôrodu širokej ženskej populácii.

Spokojnosť s poskytovanou starostlivosťou v alternatívnom pôrodníckom zariadení vyjadrilo 92,5% šestonediel'ok. Respondentky mali možnosť aj vyjadrenia konkrétnej nespokojnosti, ale žiadna sa nevyjadrila. Spokojnosť v tradičnej pôrodnici vyjadrilo 42,5% šestonediel'ok. Aj tu mali respondenti možnosť vyjadriť konkrétnu nespokojnosť. Ako dôvod nespokojnosti dominovala netaktnosť, odmerané správanie, uponáhľanosť, neschopnosť komunikácie a nedostatok ústretovosti zo strany personálu. Príčinou nespokojnosti bola aj hlučnosť a nedostatok súkromia. Nespokojnosť sa týkala aj samotného prístupu k pôrodu, a to nemožnosť vybrať si polohu pri pôrode, prijímať tekutiny v prvej dobe pôrodnej, nedostatočné a nezrozumiteľné informácie, nemožnosť rozhodovať o svojich potrebách a pocitoch. Prístup k tehotnej tak, ako sa s ním asi najčastejšie stretávame v praxi, je zdrojom mnohých sťažností matiek. Práve preto, že spôsob akým sa k tehotnej pristupuje, považujeme za zdroj možného negatívneho pôsobenia na jej psychiku. Celostný pohľad na pacienta, ktorý sa nielen v pôrodníctve označuje pojmom „humanizácia zdravotníctva“, by mohol v rámci vytvárania osobného a vrúcneho kontaktu napomôcť lepšiemu zvládaniu zdravotných komplikácií (Ratislavová, 2008). Je potrebné zmeniť myslenie pôrodných asistentiek, načúvať žiadostiam rodičiek, vnímať ich ako partnerov a nie ako podriadené osoby. Zmeniť prístup a správanie k rodičkám, vytvoriť atmosféru plnú citu a porozumenia, ktorá spolu s vysokou erudíciou pôrodných asistentiek a celého tímu zdravotníckych pracovníkov prispeje k pohode rodičky a prinesie želaný benefit.

Prostredie pôrodnej asistencie je dnes zložitý, neistý a búrlivý. Profesia pôrodnej asistencie má reálnu príležitosť prebudovať systém poskytovania pôrodnickej starostlivosti. Spoločným

cieľom je vysoká kvalita poskytovanej starostlivosti prostredníctvom procesu pôrodnej asistencie, aktívna účasť rodičky a efektívna spolupráca s jej najbližšími. Nové ponímanie pôrodnej asistencie, zefektívnenie starostlivosti je cesta k humanizácii. Humanitné pôrodnictvo si vyžaduje nielen, aby pôrodná asistentka chcela, vedela, ale aj aby mohla.

LITERATÚRA

- [1] DUINOVÁ, N. et al. 1997. História medicíny praveku do roku 2020. Bratislava : Slovart, 1997. 255 s. ISBN 80-7145-146-0.
- [2] ELIÁŠOVÁ, A. et al. 2000. Pôrodnické ošetrovatel'stvo. Martin : Osveta, 2000. 122 s. ISBN 80-8063-053-4.
- [3] ENKIN, M. et al. 1998. Efektívni péče v perinatologii. Praha : Grada, 1998. 385 s. ISBN 80-7169-417-7.
- [4] LEBYER, F. 1991. Pôrod bez násilia. Martin : Osveta, 1991. 151 s. ISBN 80-217-0276-1.
- [5] PÉČE V PRŮBĚHU NORMÁLNÍHO PORODU. (Praktická příručka). Ženeva : WHO, 1998, 22 s.
- [6] PONTŮCH, A. 1989. Gynekológia a pôrodnictvo. Martin : Osveta, 1989. 452 s. ISBN 80-217-0034-3.
- [7] RASTISLAVOVÁ, K. 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví. (psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí, učební texty porodní asistentky). Praha: Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- [8] Repková, A.. 2008. Psychofyzická príprava na pôrod . Bratislava : SZU, 2008. 105 s. ISBN 978-80-89352-21-0.
- [9] Repková, A.. 2011. Emociónna starostlivosť o šestonediel'ku. In: Jihlavské zdravotnícke dny 2011, I. ročník, Jihlava, ČR, 21. 4. 2011. Jihlava : Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. Ss 557-560.
- [10] TOMÁŠ, S. et al. 2000. Bezbolestný pôrod. Martin : Osveta, 2000. 104 s. ISBN 80-8063-040-2.

Kontaktné údaje

e-mail: maria.kopacikova@gmail.com
j.stanciak@gmail.com
jozef.novotny1@gmail.com

ŠPECIFIKÁ STAROSTLIVOSTI O DIEŤA S AUTIZMOM

Erika Krištofová¹, Beáta Gajdošová²

¹UKF v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Slovenská republika

²Ambulantná starostlivosť, Nitra

Abstrakt

Detský autizmus patrí do kategórie pervazívnych porúch, ktoré poškodzujú závažným a komplexným spôsobom psychický vývin detí vo všetkých zložkách osobnosti. Autizmus výrazne sťažuje komunikáciu a sociálnu interakciu dieťaťa s okolitým svetom. Cieľom príspevku je odhaliť príčiny najčastejších problémov v interakčnom procese sestry - dieťa s autizmom a rodič, popísať skúsenosti rodičov z ambulantnej starostlivosti. Zvýšiť záujem sestier o dosiahnutie efektívnej spolupráce medzi rodičmi a sestrami. Hlavnou metódou v prieskume bola metóda ankety a rozhovor. Zistili sme, že úzka spolupráca rodičov autistických detí so sestrami a komunikačné zručnosti sestier sú nesmierne dôležité a majú veľký vplyv na správanie sa dieťaťa s autizmom pri ambulantných vyšetreniach.

Kľúčové slová

Interakčný proces. Komunikácia. Autizmus. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

Childhood autism belongs to the group of pervasive disorders which seriously and complexly damage the mental development of children in all their personality. Autism seriously effects communication and social interaction of children with the environment. The aims of the work were to find the causes of the most frequent problems in the interaction process: nurse-child with autism and a parent; to describe the experiences of parents in out-patient care; and to increase the interest of nurses in effective cooperation between parents and nurses. The main methods in survey were the methods of an inquiry and an interview. We found out that close cooperation of parents of children with autism with nurses and communicative skills of nurses are very important and they significantly affect behaviour of children with autism during out-patient examinations.

Key words:

Interaction process. Communication. Autism. Nursing care.

Úvod

V povedomí verejnosti stále panuje mnoho mýtov a predsudkov, spájajúcich sa nielen s autizmom, ale aj s duševnými ochoreniami. „Mnohí ľudia považujú autistov často za agresívnych, neposlušných a nevzdelávateľných, v dôsledku čoho sú spoločensky izolovaní. Správny prístup a odborná starostlivosť by pritom mohli pomôcť vziať ich späť do

normálneho života," hovorí Mária Štubňová, predsedníčka predstavenstva Spoločnosti na pomoc osobám s autizmom. V minulosti boli deti s autizmom považované prinajmenšom za záhadné. Dnes už vieme, že sú vzdelávateľné, vedia sa naučiť komunikovať, nadväzovať kontakt s inými ľuďmi a tiež sa dajú zmierňovať ich autistické prejavy.

Dostatočná informovanosť verejnosti a zdravotníckych pracovníkov je základný predpoklad správneho a aj konštruktívneho prístupu k dieťaťu a podporným osobám v systéme ošetrovateľskej starostlivosti. Dieťa počas riešenia deficitov v zdraví potrebuje hlavne našu pomoc, pochopenie a snahu hľadať pre neho vysvetlenia na nekonečné „nerozumiem!“. Vhodne zvolené komunikačné prostriedky podporujúce efektívnu komunikáciu sestry s dieťaťom a jeho podporou osobou. Tá má v ošetrovateľstve obrovský význam hlavne pri realizácii ošetrovateľských zásahoch. V prístupe k handicapovanému dieťaťu sa vyžaduje od sestry osvojenie a využívanie špecifických komunikačných praktík. Bez ich aplikácie by interakcia a komunikácia zlyhávali. Dieťa postihnuté autizmom nie je schopné nadväzovať kontakt a udržiavať normálne vzťahy s inými ľuďmi, čo je najväčší signál. Chýbajú mu emočné reakcie na priateľské priblíženie iných ľudí (Verešová et al., 2007). V roku 1943 popísal snáď najpodrobnejšie túto problematiku L. Kanner a L. Eisenberggel, ktorí vo svojich výskumoch tvrdili, že v autizme existuje celá škála sociálnych abnormalít. Autista sa často vyhýba kontaktu s inými ľuďmi, alebo sú mu tieto kontakty ľahostajné, nedávajú najavo súcit, na bolesť reagujú minimálne. Dieťa nereaguje na vstup inej osoby do miestnosti, pasívne akceptuje sociálny kontakt, no naopak niekedy má z neho veľkú radosť, ale len zriedkavo spontánne nadväzuje kontakty. K iným ľuďom pristupuje len príležitostne, vždy veľmi zvláštnym, neprimeraným spôsobom, pričom nevenuje žiadnu pozornosť reakciám týchto ľudí, neupozorňuje okolie na veci ktoré ho zaujímajú, chýba snaha o prejavenie citu a nadviazanie priateľského kontaktu.

V príspevku popisujeme oblasť komunikácie a správania sa dieťaťa v ambulantnej starostlivosti. Analýzou výsledkov prieskumu sme sa snažili poukázať na najčastejšie nedostatky v komunikácii sestry s dieťaťom a následne sa snažili navrhnúť prostriedky na zefektívnenie spolupráce rodičov detí s autizmom a sestier pôsobiacich v ambulantnej starostlivosti.

Materiál a metodika

Cieľom prieskumu bolo zistiť, ako riešia rodičia detí postihnutých autizmom zdravotné problémy svojho dieťaťa a ako hodnotia komunikačné zručnosti sestier v ambulantnej starostlivosti. Prieskumnú vzorku tvorilo 49 respondentov. Z toho bolo $n_1 = 20$ rodičov autistických detí, $n_2 = 25$ detských sestier, $n_3 = 4$ detí s autizmom. Prieskum sme realizovali v Špeciálnej základnej škole a v ambulantnej starostlivosti. Základnou prieskumnou metódou bola anketa, ktorú sme predložili rodičom detí s autizmom a sestrám z ambulantnej starostlivosti. Jej cieľom bolo analyzovať rozsah vedomostí a skúseností sestier s ošetrovaním dieťaťa, z pohľadu samotných sestier a rodičov autistických detí. Rozhovor s rodičmi detí bol zameraný na správanie detí v ambulanciách a skúseností rodičov z ambulantnej starostlivosti. Výsledky zistení z ankety sme spracovali numericky a v relatívnej početnosti. Rozhovory sme spracovali do kazuistík.

Výsledky a diskusia

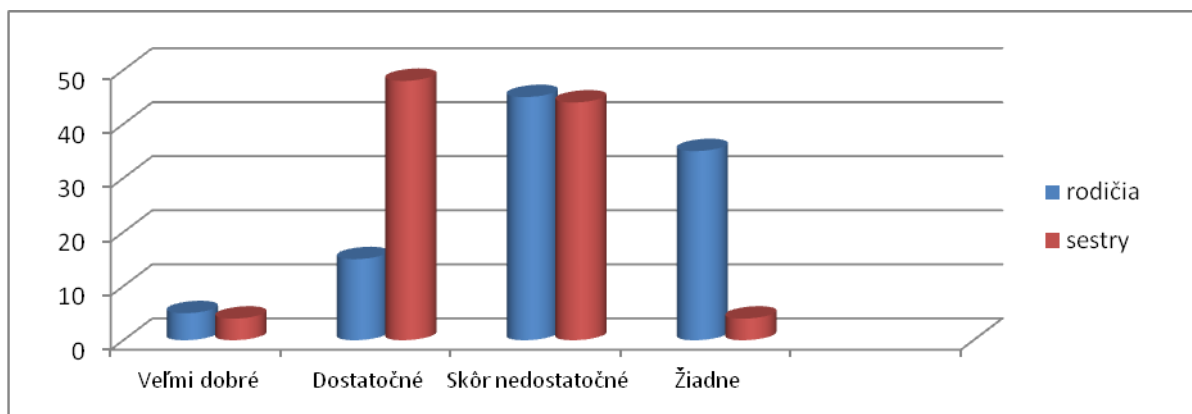
Problémy so správaním u niektorých detí s autizmom súvisia so všeobecnejšou neschopnosťou fungovať vo svete, ktorý bez sociálneho vzdelávania vnímajú ako nepredvídateľný a ohrozujúci. Čím viac bezpečia dokážeme týmto deťom poskytnúť, tým bude ich správanie menej problémové a budú menej trpieť. Ak sa problémy so správaním vyskytujú, obyčajne sú následkom sociálnej nevhodnosti, nedostatku porozumenia, vysokej úrovni stresu, nedostatku kontroly nad okolitým prostredím, obsedantného a cieľavedomého sledovania istého záujmu, obrannej panickej reakcie a v nepodstatnej miere nevhodného prístupu k dieťaťu (necitlivého alebo naopak príliš voľného). Zmena prostredia ako aj zhoršenie stavu zdravia sú často príčinou agresivity autistického dieťaťa smerom k zdravotníckym pracovníkom. Preto sme chceli zistiť či sestry vedia ako sa v takýchto situáciách zachovať a čo je príčina daného stavu. Niekedy dochádza k mylným názorom zo strany sestier, kedy dieťa hodnotia ako nevychované, odmietajúce komunikáciu, neprispôsobivé. Príčinou takéhoto tvrdenia sú jednoznačne nedostatočné vedomosti o zmenách v správaní sa dieťaťa pri danom ochorení a nedostatočná spolupráca s rodičmi a blízkymi deťmi. Práve bez osôb ktoré najlepšie rozumejú týmto deťom, nie sú možné niektoré terapeutické, diagnostické a ošetrovateľské výkony. Pri ošetrovaní dieťaťa preto sestra zohľadňuje hlavne spôsob komunikácie a stupeň mentálneho postihnutia. Musí si uvedomiť skutočnosť, že autisti veľmi často nekomunikujú verbálne, ale používajú iba gestá.

Na základe týchto skutočností sme zisťovali ako sestry a rodičia subjektívne hodnotia skúsenosti z ambulantnej starostlivosti. Prvou prieskumnou otázkou sme zisťovali ako ovplyvňujú negatívne zážitky a skúsenosti z návštev rodičov dieťaťa v ambulantnej starostlivosti riešenie zdravotných problémov ich dieťaťa. Zarážajúcim zistením bolo, že iba 10% rodičov navštívi ambulanciu praktického lekára pri ochorení dieťaťa. Rodičia 35% autistických detí sa snažili liečiť deti v domácom prostredí, taká istá relatívna početnosť konzultovala zdravotné problémy dieťaťa telefonicky. Návštevu lekára s dieťaťom ako poslednú možnosť riešenia ochorenia uviedlo 5% rodičov. Ošetrovaniu sa vyhýbalo a návštevu ambulancie odkladalo až 15% rodičov. Predpokladáme, že príčinou našich zistení sú nedostatočné vedomosti sestier v ambulantnej starostlivosti o zmenách v správaní dieťaťa.

Na dosiahnutie účinnej komunikácie má sestra podľa Kristovej (2004) poznať prežívanie pacienta, trpezlivo počúvať, vnímať pacienta ako celok, rešpektovať jeho názor a presvedčenie, akceptovať prejavy v jeho správaní a konaní, vedieť odhadnúť jeho reakcie a ovládať komunikačné zručnosti. Tieto predpoklady väčšina sestier z nášho prieskumu nespĺňala.

Psychologické problémy a problémy so správaním sú podľa viacerých autorov sústredené do triády symptómov, ktoré sú charakteristické pre autizmus. Lajchová (2004) uvádza abnormality v troch oblastiach: v komunikácii, sociálnej interakcii a obmedzeného opakujúceho sa správania- čo nazývame autistickou triádou. Zaujímalo nás preto či uvedené majú uvedení vedomosti aj sestry z našej prieskumnej vzorky. Rodičia 20% detí hodnotili vedomosti sestier o autizme za dobré. Z toho 5% rodičov ich považovalo za veľmi dobré a 15% za dostatočné. Zarážajúcim zistením bola skutočnosť, že až 80% rodičov hodnotilo vedomosti sestier o autizme ako nedostatočné. Z toho za skôr nedostatočné ich považuje 45%

a až 35% rodičov si myslí že sestry nemajú žiadne vedomosti o problémoch autistických detí. Analýzou výsledkov odpovedí zameranou na oblasť vedomostí o autizme zo strany sestier sme zistili, že 48% sestier si myslelo, že má dostatočné vedomosti a 4 % že ich vedomosti sú veľmi dobré. Vedomosti skôr za nedostatočné považovalo 44% oslovených sestier a 4% si myslelo, že nemá žiadne vedomosti o autizme. Po komparácii zistení sme najväčšie rozdiely zodpovedajúce 30% zaznamenali v hodnotení vedomostí za dostatočné (graf1).

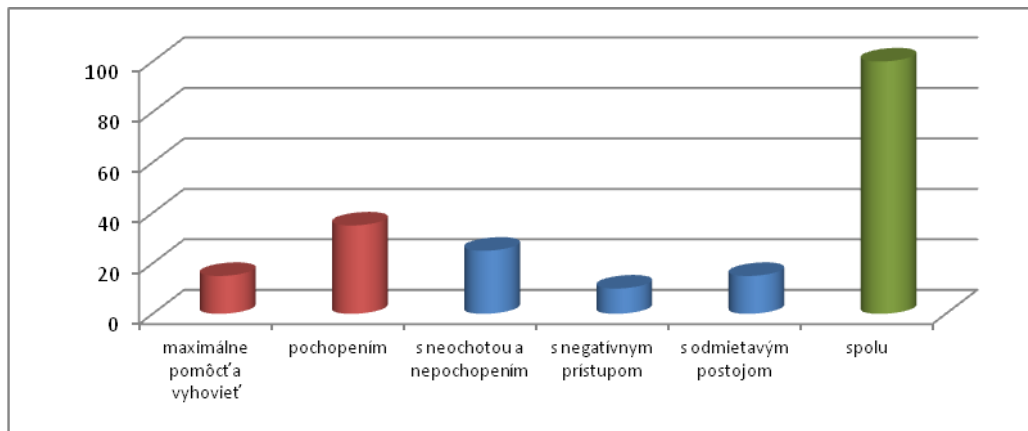


Graf 1 Vedomosti sestier o autizme

Rozdielne výsledky zistení o vedomostiach sestier, týkajúcich sa diagnózy autizmu z pohľadu dvoch skupín respondentov môžeme zdôvodniť skutočnosťou, že sestry hodnotili predovšetkým ich vedomosti o ochorení dieťaťa a rodičia sa skôr orientovali na to, ako sestry reagujú na zmeny v správaní ich dieťaťa a ako s ním vedia komunikovať. Na otázky týkajúce sa autizmu vedelo správne odpovedať až 80% sestier. Sestry tiež prejavili záujem o ďalšie vzdelávanie v oblasti autizmu. Potešujúcim zistením bolo, že až 44% sestier by uvítalo rozšírenie vedomostí formou odborných seminárov.

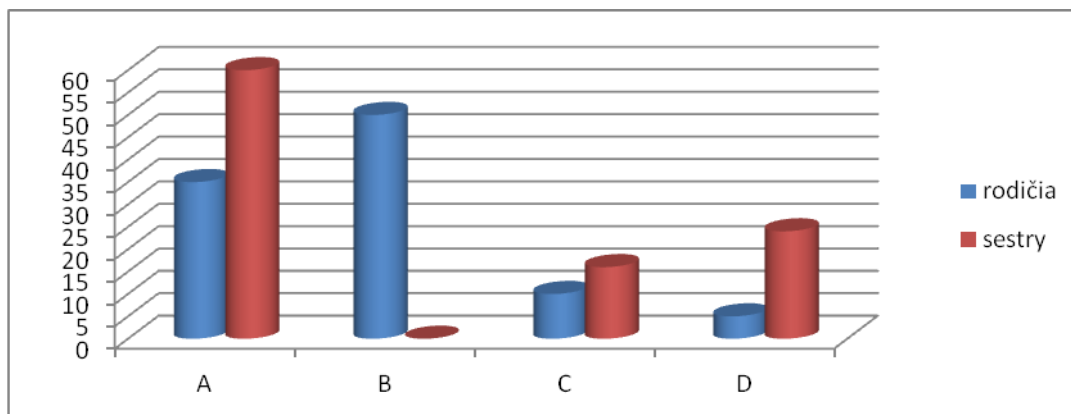
Ošetrovateľská starostlivosť o deti s autizmom je veľmi špecifická, vyžaduje si odborné vedomosti sestry o ochorení, a v neposlednej miere schopnosti empatického a asertívneho správania. Individuálny prístup, zvýšený dozor a stimulácia sú základom ošetrovateľskej starostlivosti o detských pacientov s autizmom (Dvorská a kol., 2005). Ošetrovateľské prostredie je nutné prispôbiť dieťaťu a nie naopak. Deti s týmto ochorením majú rôzne stupne mentálneho postihnutia, odlišné komunikačné schopnosti, poruchy sociálnej interakcie. Niektorí autisti vedia čítať, písať, pomerne dobre komunikujú, no u iných sa reč nevyvinie vôbec. V ďalšej časti prieskumu nás zaujímalo ako rodičia hodnotia spoluprácu sestry a lekára v ambulantnej starostlivosti so zameraním sa na hodnotenie ich správania sa k dieťaťu. Za uspokojujivé považujem zistenie že ošetrovateľskú starostlivosť a správanie sa sestry a lekára kladne hodnotila polovica oslovených rodičov. O čom svedčí skutočnosť, že 15% rodičov sa stretávalo s maximálnym pochopením potrieb dieťaťa a ochotou vyhovieť jeho požiadavkám, s pochopením zo strany zdravotníkov sa stretávalo 35% rodičov. Naopak negatívne hodnotenie sme zaznamenali u 25% rodičov ktorí sa v ambulantnej starostlivosti skôr stretávali s neochotou a nepochopením. Negatívny prístup popisovalo 10% rodičov.

Neuspokojivým zistením bola skutočnosť, že až 15% rodičov detí s autizmom sa stretávalo v ambulantnej starostlivosti s odmietavým postojom k dieťaťu ako aj voči ním (graf 2).



Graf 2 Hodnotenie správania sa zdravotníkov

Typické pre autistov sú problémy so správaním, krik, záchvaty hnevu, agresivita a seba poškodzovanie. Agresívne správanie je u detí s autizmom vždy zapríčinené strachom, pocitom ohrozenia, stresom a nepochopením. Sebazraňovanie je spôsobom komunikácie, ide vlastne o volanie o pomoc. Časté sú neprimerané reakcie na zvuky, ktoré vnímajú autistické deti oveľa intenzívnejšie, naopak bolesť nízkej intenzity nevnímajú. Rozrušiť ich dokážu aj rôzne pachy a vône. Niektorí neznášajú ani jemné dotyky. Strach a panika sa u autistov vyskytujú často. Práve nové prostredie, do ktorého sa z dôvodu ochorenia dostanú, tiež osoby, ktoré nepoznajú (sestry, ošetrovatelky), môžu byť príčinou agresívneho správania. Ľudia s autizmom majú radi jasné pravidlá a definície, pretože lepšie fungujú vo svete riadenom zrozumiteľnosťou a jednoznačnosťou (Vermeulen, 2006). Problémy so správaním u niektorých detí súvisia so všeobecnejšou neschopnosťou fungovať vo svete, ktorý bez sociálneho vzdelávania vnímajú ako nepredvídateľný a ohrozujúci. Čím viac bezpečia dokážeme týmto deťom poskytnúť, tým bude ich správanie menej problémové a budú menej trpieť. Preto nás v prieskume zaujímalo čo považujú rodičia za dôvod častých problémov v interakcii s dieťaťom a zdravotníckymi pracovníkmi. Zistili sme, že až 50% rodičov považovalo za najväčší dôvod problémov pri ošetrovaní dieťaťa nedostatok vedomostí o komunikačných spôsoboch s autistickým dieťaťom. Nevhodné správanie dieťaťa je príčinou komunikačných problémov podľa 35% oslovených rodičov. Neochotu sestry spolupracovať s rodičom v prospech pochopenia dieťaťa ako príčinu vzniku problémov uviedlo 10% rodičov. Nezáujem sestry o efektívnu komunikáciu uviedlo 5% rodičov (graf 3).



Legenda: A- nevhodné správanie dieťaťa, B- neochota sestry spolupracovať s rodičmi dieťaťa/so sestrou, C- nevedomosť sestry o komunikačných spôsoboch dieťaťa, D- nedostatočná informovanosť zo strany sestry/rodičov

Graf 3 Najčastejšie príčiny problémov pri komunikácii s dieťaťom.

Ďalším cieľom prieskumu bolo zistiť skúsenosti a názory rodičov so zameraním sa na odhalenie najčastejších problémov v ambulanciách a popísať ich príčiny.

Za kladné hodnotenie môžeme považovať hodnotenie 35%rodičov, ktorí uvádzali že sa v ambulancii starostlivosti stretávali s pochopením. S ochotou maximálne pomôcť a vyhovieť požiadavkám dieťaťa sa stretávalo 15% rodičov. Za negatívne považujeme hodnotenie, že 25% rodičov sa stretávalo zo strany sestier s neochotou a nepochopením dieťaťa. Odmietavý postoj uviedlo 15% a úplne negatívny prístup pri vyšetrení v ambulanciách udávalo 10% rodičov. Táto skutočnosť ovplyvnila aj vyjadrenia rodičov na otázku ako riešia zdravotné problémy svojho dieťaťa. Zaujal nás najmä fakt, že len 10% rodičov navštívilo pri ochorení ihneď lekára spolu s dieťaťom, 35% rodičov konzultovalo ochorenie radšej telefonicky. Z pohľadu rodičov je to výhodnejšie, dieťa nie je frustrované cudzími ľuďmi ani novým prostredím. Návšteve lekára sa vyhýbalo 15% rodičov. Ako príčinu vyhýbania sa návšteve lekára udávali rodičia najmä afektívne správanie detí, ktoré často vyúsťuje až do agresivity a sebapoškodzovania. Podľa nášho názoru je jednou z príčin aj dĺžka čakacej doby pred ambulanciou, niektoré autistické deti čakať nedokážu a tiež neznášajú pohľady a otázky cudzích ľudí, ktorým sa nevyhnú ani samotní rodičia. Z pohľadu hodnotenia zo strany zdravotníkov uviedlo 60% sestier ako najčastejšiu príčinu problémov pri komunikácii nevhodné správanie dieťaťa. Nedostatočnú informovanosť zo strany rodičov uviedlo 24%sestier. Nevedomosť sestry o komunikačných spôsoboch dieťaťa označilo 16% sestier. Thorová (2007) udáva, že príznaky autizmu sa úplne potlačiť nedajú, ale špeciálnym prístupom a výchovou môžeme zmierniť problematické chovanie týchto detí. Autisti nepotrebujú, aby sa im ľudia vyhýbali, ale potrebujú aby ich spoločnosť ochránila. Nie je nutné sa ich báť, je možné im porozumieť. Potešujúcim bolo zistenie že takmer polovica oslovených sestier z prieskumu prejavila záujem o ďalšie vzdelávanie v skúmanej oblasti.

Záver

V príspevku sme poukázali na problém zvaný „autizmus“. I keď veľa detí a dospelých trpí touto poruchou, spoločnosť ešte stále nie je dostatočne informovaná. V súčasnosti už existuje viacero možných riešení, ktorými sa odborníci na túto tematiku snažia pomôcť takto postihnutým deťom. Sú zriadené špeciálne zariadenia, kde sa takýmto deťom poskytujú celodenná starostlivosť, ako napríklad materské a základné školy. Pracovníci takýchto zariadení sú špecialisti v danej oblasti, majú vedomosti i skúsenosti, no deti prichádzajú často do kontaktu aj s osobami, ktoré vedia o ochorení a o problémoch detí s autizmom pomerne málo. Jednou z takýchto oblastí sú aj ambulancie praktického lekára pre deti a dorast, kde nepracujú špeciálne vyškolené sestry a problematika autizmu im je niekedy cudzia. Napriek tomu sa rodičia autistických detí často krát návšteve detskej ambulancie nevyhnú a preto úzka spolupráca rodičov a sestier je podľa nášho názoru nevyhnutná a nepostrádateľná. Výsledky prieskumu nás obohatili o novú skúsenosť, dovolila nám dostať sa bližšie k autistickým deťom, bola pre nás prínosom nielen z hľadiska teoretického, ale aj ľudského. Ukázali nám, že autistické deti sú veľmi citlivé, pozorné a dôkladne vnímajú všetko, čo sa okolo nich deje. Každé dieťa, teda aj dieťa postihnuté autizmom potrebuje predovšetkým veľa lásky a porozumenia, a to najmä od svojich najbližších, s ktorými je v každodennom kontakte. Práca s týmito deťmi je náročná, vyžaduje si celého človeka. Oplatí sa však poskytovať zvýšenú starostlivosť a venovať im pozornosť s vedomím, že im pomáhame orientovať sa a žiť bez stresu a frustrácií v našom, čiže pre nich zmätenom a nezmyselnom svete. Systém starostlivosti o autistov by mal zahŕňať nielen starostlivosť o klientov a ich rodinu, ale aj sústavné vzdelávanie odborníkov pracujúcich s týmito deťmi. Veríme, že spoločnými silami sa nám to spolu podarí.

Zoznam použitej literatúry

- [1] DVORSKÁ, M., MIERTOVÁ, M. Starostlivosť o deti s autizmom. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, č. 2, s. 42, 43.
- [2] GILBERG, CH., PEETERS, T. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. Praha :Portál s.r.o., 2004. 122 s. ISBN 80-7178-201-7.
- [3] HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha : Portál s.r.o. 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
- [4] LAJCHOVÁ, E. – FANDELOVÁ, E. – JUHÁSOVÁ, A. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa, 2004. 68 s. ISBN 80-8050-719-8.
- [5] KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2004. 211s. ISBN 80-8063-160-3.
- [6] ŠEDIBOVÁ, A. *Autizmus- ABC autistickej triedy*. Bratislava : Merkur Print, 1998. 95 s. ISBN 80-967-754-1-3.
- [7] THOROVÁ, K. *Dětský autismus*. [online] 2007 [cit. 2009-08-15]. Dostupné na internete http://www.autismus.cz/popis_poruch_autistickeho_spektra/detsky-autismus.htm/>
- [8] TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha : Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-503-2.
- [9] VEREŠOVÁ, M. a kol. *Psychológia*. Martin : Osveta, 2007. 191 s. ISBN 80-8063-239-1.

- [10] VERMEULEN, P. *Autistické myšlení*. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 132 s. ISBN 80-247-1600-3.
- [11] WING, L. *Autistické děti*. In *Dítě s autismem- informace a rady pro rodiče- sekce Autistik, sdružení pro pomoc mentálně postiženým*, 1979. 30s.

Kontaktná adresa:

PhDr. Erika Krištofová, PhD.
UKF v Nitra, FSVaZ
Katedra ošetrovateľstva
Krasková 1, 1949 74 Nitra
e-mail: ekristofova@ukf.sk

INFORMOVANOSŤ RODIČOV DETÍ S AKÚTNOU LYMFOBLASTICKOU LEUKÉMIOU

Jarmila Kristová¹, Emília Miklovičová²

¹VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava a TnUAD, Fakulta zdravotníctva, Trenčín

²FOaZOŠ SZU Bratislava, Slovenská republika

Abstrakt

Východisko: Rodičia detí s akútnou lymfoblastickou leukémiou zohrávajú významný článok v reťazci komplexnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Súbor: Cieľovou skupinou participantov na prieskumnej observácii boli rodičia detí s akútnou lymfoblastickou leukémiou v chemoterapeutickom procese v DFNSP Bratislava. Sumárne bolo oslovených 56 respondentov (89,29% návratnosť).

Metóda: Na získanie údajov bola použitá dotazníková metóda – nástroj dotazník vlastnej konštrukcie.

Výsledky: Miera informovanosti rodičov detí s akútnou lymfoblastickou leukémiou o liečbe a jej vedľajších účinkoch na detský organizmus je nedostatočná. Výrazný deficit vedomostí rodičov bol zaznamenaný v oblasti saturácie potrieb dieťaťa počas chemoterapeutického procesu.

Záver: Jedným z nástrojov kvality zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti o detských pacientov s akútnou lymfoblastickou leukémiou je aj aktívna participácia a spolupráca ich rodičov so zdravotníckym personálom.

Kľúčové slová

Akútna lymfoblastická leukémia. Klinické príznaky. Diagnostika. Liečba.

HANDING ON THE INFORMATION ABOUT CHILDREN SUFFERING LYMPHOBLASTIC LEUKAEMIA TO THEIR PARENTS

Abstract

Source: Parents of the children suffering acute lymphoblastic leukaemia play an important role in the complex medical and nursing care.

Collection: The target group of participants taking part in the research observation were the parents of children suffering acute lymphoblastic leukaemia during chemotherapeutic process in the Paediatric Faculty Hospital with a Clinic Bratislava. 56 respondents have been inquired (with 89,29 per cent successfulness).

Method: A questionnaire prepared by the authors was used to collect the facts.

Outcome: The level of handing on the information about children with acute lymphoblastic leukaemia treatment and its side-effects on their body to their parents is insufficient. A great

parents' deficit of knowledge was noticed in the saturations of children's needs during chemotherapeutic process.

Conclusion: One of the quality means of the medical and nursing caring of paediatric patients with acute lymphoblastic leukaemia is an active participation and cooperation of parents with the medical and nursing staff.

Key words

Acute lymphoblastic leukaemia. Clinical symptoms. Diagnosis. Medical treatment.

Úvod

Akútna lymfoblastická leukémia (ďalej v texte ALL) je charakterizovaná ako zhubná nádorová choroba ľudského organizmu, ktorá vzniká malígnou transformáciou nezrelých krvotvorných buniek. Podstatou choroby je rýchle množenie leukemických buniek v kostnej dreni a následný útlak všetkých normálne sa vyskytujúcich krviniek a ich nedostatok v periférnej krvi (Kubisz a kol., 2006, s. 37). Na Slovensku bolo v roku 2011 hlásených 30 nových ochorení na akútnu lymfoblastickú leukémiu u detí vo veku do 19 rokov (NPOP).

Akútna lymfoblastická leukémia v detskom veku

V detskom veku sa vyskytujú rôzne druhy leukémií. Až 80% všetkých typov tvorí ALL. Jej najvyšší výskyt je v 4. až 5. roku života dieťaťa. Častejšie sa vyskytuje u chlapcov. Príčiny vzniku choroby nie sú známe. Predpokladá sa, že určitú úlohu zohrávajú genetické faktory, prítomnosť niektorých vírusov, fyzikálne a chemické vplyvy vonkajšieho prostredia a tiež socio-ekonomické podmienky prostredia, v ktorom dieťa žije (Koutecký a kol., 2004, s. 56).

Klinické príznaky

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce príznaky, s ktorými prichádza dieťa v sprievode rodiča k lekárovi, patrí krvácanie z nosa, ďasien, početné hematómy na tele, únava, bolesti svalov a kostí, bledosť, zvýšená telesná teplota, v niektorých prípadoch bývajú zdurené tonzily a zväčšená pečeň alebo slezina (Koutecký a kol., 2004, s. 72).

Diagnostika

V rámci diagnostiky akútnej lymfoblastickej leukémie sa využívajú všetky dostupné metódy s cieľom stanovenia presnej diagnózy a následného začatia cytostatickej liečby. Využíva sa vyšetrenie periférnej krvi a kostnej drene. Pri vyšetrení krvného obrazu sa v periférnej krvi hodnotí počet leukocytov, trombocytov a hemoglobínu. Ďalej sa v nátere periférnej krvi vyšetruje prítomnosť a počet blastov. Dôležitým krokom v procese diagnostiky je vyšetrenie kostnej drene, ktorým sa diagnóza definitívne potvrdí (Vorlíček – Abrahámová – Vorlíčková a kol., 2006, s. 64).

Liečba

Liečba akútnej lymfoblastickej leukémie pozostáva z nasledovných fáz v časovej sekvencii:

a) indukčná (intenzívna fáza s cieľom zníženia množstva leukemických buniek),

- b) intenzifikačná (uplatňuje sa aplikácia rovnakých cytostatík ako v indukčnej fáze, ale vo vyšších dávkach),
- c) udržiavacia (podávanie malých dávok cytostatík).

Medzi ďalšie možnosti liečby patrí aj transplantácia krvotvorných buniek, podporná liečba, substitučná liečba, fyzioterapia, antiinfekčná liečba, liečba metabolických komplikácií, nutričná podpora a psychologická starostlivosť o detského pacienta a jeho rodinu. Celá liečba akútnej lymfoblastickej leukémie trvá približne dva až tri roky (Vorlíček – Abrahámová – Vorlíčková a kol., 2006, s. 79).

Rodičia detí s akútnou lymfoblastickou leukémiou

Rodičia detí s ALL majú vo väčšine prípadov pozitívny vplyv nielen na psychiku svojich detí, ale uľahčujú aj prácu lekárom a ošetrovateľskému tímu. Rodičia sa ako informátori o osobnostiach, reakciách, zvykoch a potrebách svojich detí stávajú prospešnými neoficiálnymi členmi zdravotníckeho tímu.

Prieskumný problém

Aká je informovanosť rodičov detí s diagnózou ALL o tejto chorobe, jej liečbe a saturácii potrieb detí v procese chemoterapie?

Ciele prieskumu

- Cieľ₁** Posúdiť mieru informovanosti rodičov o ALL, jej liečbe a účinkoch chemoterapie na detský organizmus.
- Cieľ₂** Zistiť mieru informovanosti rodičov o saturácii potrieb svojich detí v procese aplikácie chemoterapie.
- Cieľ₃** Posúdiť informačné zdroje rodičov v oblasti zvyšovania úrovne informovanosti o chorobe ALL v detskom veku a s ňou súvisiacich problémoch.

Súbor a metóda

Prieskumná sonda bola realizovaná po písomnom súhlase manažérky pre ošetrovateľstvo v Detskej fakultnej nemocnici v Bratislave na Klinike detskej hematológie a onkológie prostredníctvom empirickej metódy zberu dát – dotazníka vlastnej konštrukcie. Respondentmi boli rodičia detských pacientov s ALL. Celkom bolo distribuovaných 56 dotazníkov, vrátených bolo 53 dotazníkov a 3 dotazníky boli vyradené pre neúplnosť údajov. Súbor tvorilo spolu 50 respondentov (49 žien (98,00%) a 1 muž (2,00%)). Z celkového počtu na prieskume zainteresovaných rodičov, 37 respondentov (74,00%) bolo vo veku 21 – 30 rokov, 13 respondentov (26,00%) sa nachádzalo vo vekovej línii 31 – 40 rokov. Návratnosť dotazníkov bola 89,29%. Dotazník bol anonymný a sumárne obsahoval 25 dotazníkových položiek (DP) zatvoreného a otvoreného charakteru.

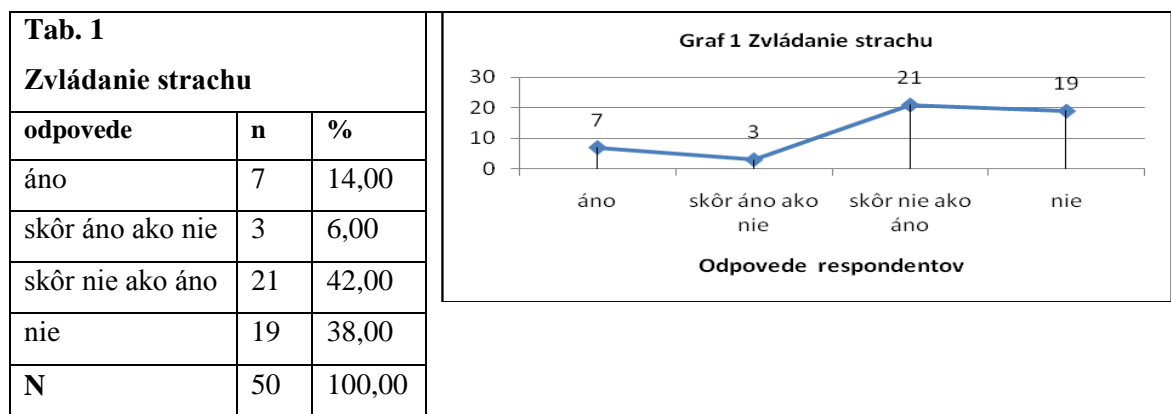
Výsledky

V konferenčnom príspevku sú prezentované najvýznamnejšie zistenia. K cieľu 1 bolo smerovaných 7 DP (zatvorený a verifikačný variant DP). Na DP, či mali rodičia dostatočné množstvo informácií o chorobe svojich detí – ALL odpovedali respondenti nasledovne:

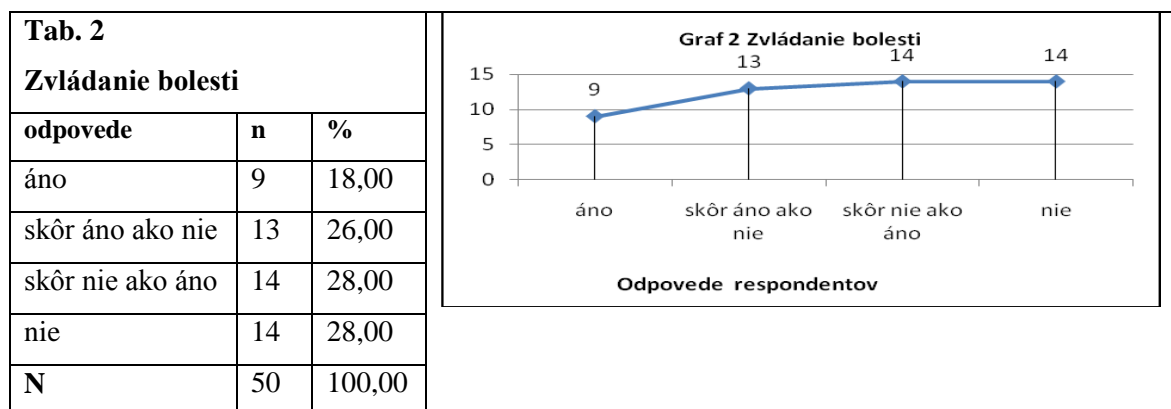
z celkového počtu opýtaných, 20 (40,00%) respondentov uviedlo, že mali dostatočné množstvo informácií, 13 (26,00%) participantov preferovalo alternatívu „skôr mám ako nemám“, 7 (14,00%) respondentov odpovedalo „skôr nemám ako mám“ a 10 (20,00%) respondentov si zvolilo z ponúkaných možností odpoveď „nemám dostatok informácií“. Na kontrolnú DP čo je ALL, správne odpovedalo 18 (36,00%) rodičov. Ďalšia DP smerovala k zisteniu, či rodičia poznajú význam pojmu chemoterapia. Zo získaných údajov vyplýva, že z celkového počtu aktérov prieskumu, 19 (38,00%) respondentov poznalo význam pojmu chemoterapia, 15 (30,00%) respondentov zvolilo odpoveď „skôr poznám ako nepoznám“, 15 (30,00%) opýtaných preferovalo možnosť odpovede „skôr nepoznám ako poznám“ a 1 (2,00%) respondent uviedol zápornú odpoveď. Odpovede 34 (68,00%) respondentov v kontrolnej DP boli fragmentárne. Z celkového sumáru participantov 4 (8,00%) popísali chemoterapiu komplexnejšie. Odpovede rodičov na DP, či poznajú vedľajšie účinky chemoterapie na detský organizmus, možno vyhodnotiť nasledovne: z celkového počtu opýtaných, 22 (44,00%) respondentov poznalo vedľajšie účinky chemoterapie, 17 (34,00%) uviedlo alternatívu „skôr poznám ako nepoznám“, 7 (14,00%) respondentov preferovalo odpoveď „skôr nepoznám ako poznám“ a 4 (8,00%) respondenti nepoznali vedľajšie účinky chemoterapie na organizmus svojich detí. Na kontrolnú DP (odpovedalo 39 (78,00%) respondentov so súhlasným stanoviskom v predchádzajúcej DP) „Uved'te vedľajšie účinky chemoterapie na organizmus Vášho dieťaťa“ boli zaznamenané nasledovné frekvencie odpovedí: 27 (54,00%) respondentov uviedlo, že chemoterapia spôsobuje vracanie, vypadávanie vlasov a únavu; 12 (24,00%) rodičov okrem vyššie spomenutých vedľajších účinkov uviedlo aj útlm krvotvorby, poškodenie slizníc, rednutie kostí a neplodnosť. Pojem leukopénia poznalo 6 (12,00%) respondentov, 7 (14,00%) na prieskume zainteresovaných rodičov „skôr poznalo ako nepoznalo“, 16 (32,00%) respondenti uviedli variant „skôr nepoznám ako poznám“ a 21 (42,00%) respondentov nepoznalo význam pojmu leukopénia.

12 DP vo vzťahu k cieľu 2 smerovalo k zisteniam o uspokojovaní potrieb detských pacientov s ALL. Z celkového počtu opýtaných, 13 (26,00%) rodičov vedelo, ako treba ošetrovať ústnu dutinu dieťaťa, 11 (22,00%) respondentov „skôr vedelo ako nevedelo“, 16 (32,00%) respondentov „skôr nevedelo ako vedelo“ a 10 (20,00%) respondentov sa vyjadrilo záporne – nepoznali spôsob starostlivosti o ústnu dutinu dieťaťa počas leukopénie. Z celkového počtu opýtaných, 12 (24,00%) respondentov poznalo vhodné potraviny a nápoje v období leukopénie, 14 (28,00%) rodičov „skôr poznalo ako nepoznalo“, 20 (40,00%) respondentov „skôr nepoznalo ako poznalo“ a 4 (8,00%) aktéri prieskumnej observácie sa vyjadrili záporne. Odpovede na DP, či má dieťa problémy so spánkom v priebehu podávania chemoterapie, možno interpretovať nasledovne: problémy so spánkom uviedlo 13 (26,00%) rodičov, 9 (18,00%) respondentov uviedlo variant „skôr áno ako nie“, 17 (34,00%) respondentov preferovalo možnosť „skôr nie ako áno“ a 11 (22,00%) respondentov odpovedalo „nie“. Ďalšia DP smerovala k zisteniu, či detskí pacienti s ALL realizujú pohybové aktivity počas aplikácie chemoterapie. Z uvedených zistení vyplýva, že 2 (4,00%) respondenti uviedli, že ich deti vykonávajú pohybové aktivity, 3 (6,00%) respondenti uviedli alternatívu „skôr áno ako nie“, 7 (14,00%) rodičov sa vyjadrilo variantom „skôr nie ako áno“ a u 38 (76,00%) respondentov bola zaznamenaná odpoveď „nie“. Z celkového počtu opýtaných respondentov 7 (14,00%) rodičov vedelo správne reagovať v prípade strachu dieťaťa, 3 (6,00%) participant

uviedli variant odpovede „skôr áno ako nie“ a 21 (42,00%) preferovalo alternatívu „skôr nie ako áno“. Z celkového počtu na prieskume zainteresovaných rodičov 19 (38,00%) nepoznalo vhodné reakcie na zvládanie strachu u svojho dieťaťa a u 21 (42,00%) participantov bola zaznamenaná odpoveď „skôr nie ako áno“. (tab.1, graf 1).



Ďalšia DP bola orientovaná na zistenie, či rodičia poznajú spôsoby zvládania bolesti u svojich onkologicky chorých detí. Z celkového počtu na empirickej sonde zainteresovaných respondentov, 9 (18,00%) odpovedalo kladne, 13 (26,00%) rodičov preferovalo alternatívu odpovede „skôr poznám ako nepoznám“, u 14 (28,00%) respondentov bola zaznamenaná odpoveď „skôr nepoznám ako nepoznám“ a 14 (28,00%) respondenti nevedeli, akým spôsobom môžu svojim dieťom pomôcť pri zvládaní bolesti (tab. 2, graf 2).



Posledný okruh 6 DP v intenciách 3 cieľa bol orientovaný na zistenie zdrojov informácií rodičov detí s ALL. Odpovede na DP, kto rodičom poskytol informácie o chorobe boli jednoznačné – 50 (100%) – lekár. Odpovede týkajúce sa liečebného režimu dieťaťa mali nasledovnú frekvenciu: 41 (82,00%) rodičov uviedlo ako informačný zdroj o liečbe lekára, v 9 (18,00%) prípadoch boli informácie poskytnuté sestrou. Odpovede rodičov na otázku, či im sestra poskytla dostatočné informácie o starostlivosti o dieťa v priebehu podávania chemoterapie boli nasledovné: z celkového počtu aktérov prieskumu 13 (26,00%) respondentov uviedlo, že boli sestrou informovaní v dostatočnej miere, 8 (16,00%) opýtaných

uviedlo alternatívu „skôr áno ako nie“, 17 (34,00%) respondentov odpovedalo „skôr nie ako áno“ a 12 (24,00%) respondentov sa vyjadrilo záporne. Z celkového počtu respondentov 31 (62,00%) rodičov využíva pri vyhľadávaní informácií internet, 11 (22,00%) respondentov internet „skôr využíva ako nevyužíva“, 8 (16,00%) rodičov odpovedalo, že internet pri vyhľadávaní informácií „skôr nevyužíva ako využíva“. Zo získaných odpovedí na dotazníkovú položku, komu rodičia najčastejšie adresujú otázky, možno konštatovať, že 19 (38,00%) respondenti najčastejšie adresovali svoje otázky týkajúce sa riešenia problémov ich detí sestre, 17 (34,00%) lekárovi a 14 (28,00%) ostatným rodičom a 10 (20,00%) uviedlo, že svoje otázky neadresujú nikomu. Dostupnosť letákov, brožúr, resp. iného materiálu, poskytujúcich informácie o chorobe a liečbe akútnej lymfoblastickej leukémii hodnotili všetci zúčastnení rodičia (100,00%) negatívne.

Diskusia

Mieru informovanosti a oblasti, v ktorých majú rodičia detí s akútnou lymfoblastickou leukémiou najväčšie nedostatky, sme zisťovali prostredníctvom DP v prvej časti dotazníka (zisťujú úroveň vedomostí rodičov o akútnej lymfoblastickej leukémii). Z odpovedí opýtaných rodičov vyplynulo, že väčšina z nich má informácie o chorobe svojich detí (40,00% respondentov uviedlo, že mali dostatočné množstvo informácií a 26,00% respondentov preferovalo alternatívu „skôr mám ako nemám“). Avšak na kontrolnú DP čo je ALL, správne odpovedalo iba 36,00% rodičov. Cieľom ďalšej DP bolo zistiť, do akej miery rodičia poznajú pojem chemoterapia. Zo spracovaných odpovedí vyplýva, že iba 38,00% respondentov poznalo význam pojmu chemoterapia a 30,00% participantov zvolilo odpoveď „skôr poznám ako nepoznám“ a 30% preferovalo z ponuky možností alternatívu „skôr nepoznám ako poznám“. Na túto DP nadväzovala kontrolná DP zisťujúca mieru informovanosti o chemoterapii ako o najčastejšie využívanom spôsobe liečby akútnej lymfoblastickej leukémie. Odpovede 68,00% respondentov v kontrolnej DP boli fragmentárne, avšak správne (uvádzali, že chemoterapia je podávanie cytostatík). Z celkového sumáru respondentov iba 8,00% popísali chemoterapiu komplexnejšie. 1 (2,00%) rodič uviedol, že cytostatiká pôsobia najmä na rýchlo deliace sa bunky. To môže byť spôsobené dôkladnou informovanosťou zo strany lekára, prípadne naštudovaním si správnej odpovede z odbornej publikácie resp. internetu počas vyplňania dotazníka. Ďalej sme zisťovali, či rodičia poznajú vedľajšie účinky chemoterapie na organizmus dieťaťa. 14% rodičov uviedlo, že ich „skôr nepozná ako pozná“ a 2% (1 rodič) uviedol, že ich nepozná vôbec. Následne sme overovali správnosť vedomostí rodičov formou otvorenej otázky s voľnou odpoveďou, kde rodičia najčastejšie uvádzali, že chemoterapia spôsobuje vracanie, vypadávanie vlasov a únavu (54,00%). U 24,00% sme zaznamenali aj odpovede s obsahom, že chemoterapia negatívne ovplyvňuje krvotvorbu, poškodenie slizníc, osteoporózu a neplodnosť.

V ďalšej DP sme zisťovali, do akej miery chápu rodičia význam pojmu leukopénia, nakoľko sa domnievame, že znalosť tohto pojmu je pre rodičov z hľadiska saturácie potrieb dieťaťa nevyhnutná. Z celkového počtu iba 12,00% rodičov poznalo tento pojem a 42% aktérov prieskumu uviedlo zápornú odpoveď. Mohlo to byť spôsobené tým, že sa jednalo o skupinu rodičov, ktorých deti ešte neboli v takej fáze chemoterapie, kedy dochádza k prejavom útlmu krvotvorby a teda títo rodičia nemali dôvod vyhľadávať informácie tohto charakteru. V ďalšej

časti dotazníka sme zamerali pozornosť na mieru informovanosti rodičov v oblasti saturácie potrieb dieťaťa najmä v období chemoterapie. Starostlivosť o deti s ALL v tomto období je špecifická a náročná. Je nevyhnutné, aby rodičia boli v dostatočnej miere informovaní o možnostiach saturácie jednotlivých potrieb, pretože len tak môžu aktívne participovať na starostlivosti o svoje deti. Najalarmujúcejšie odpovede boli zaznamenané v úrovni potreby pohybových aktivít (76,00% rodičov uviedlo, že ich deti nevykonávajú žiadne pohybové aktivity). Podľa odporúčaní NPOP primerané cvičenie počas liečby rakoviny je nielen bezpečné a možné, ale môže zlepšiť fyzickú funkčnosť a kvalitu života. Príliš veľa oddychu môže viesť v strate funkčnosti, sily a rozsahu pohybu osoby s chronickou chorobou. Pri zvládaní strachu 42,00% rodičov referovalo svoj názor v odpovedi že „skôr nepoznalo ako poznalo“ mechanizmy zvládania strachu u svojich detí a 38,00% uviedlo zamietavú odpoveď. Pri DP týkajúcej sa zvládania bolesti u 56,00% rodičov prevládali varianty odpovedí „skôr nie ako áno“ a „nie“. Lokaj (2009, s. 58) odporúča pri bolesti detských onkologických pacientov aj nefarmakologické metódy liečby bolesti, medzi ktoré možno zahrnúť tepelnú a chladovú stimuláciu, akupunktúru, masáže, liečbu hrou, liečbu hudbou alebo hypnózu. Rozhodnutie o tom, ktorý z nefarmakologických postupov by bol najvhodnejší závisí od veku dieťaťa a miery jeho úzkosti a strachu. O týchto možnostiach nemali rodičia informáciu (u 100,00% negatívna odpoveď). Podľa zistených odpovedí sme dospeli k záveru, že v tejto oblasti majú rodičia najväčší deficit informácií a zároveň sa domnievame, že edukačné pôsobenie sestier v tejto oblasti je nepostačujúce. V poslednej časti dotazníka sme mapovali situáciu zdrojov získavania informácií. Až 34,00% rodičov si myslelo, že „skôr nemajú ako majú“ dostatočné informácie o starostlivosti svojich detí v procese chemoterapie a až u 24,00% rodičov bola zaznamenaná negatívna odpoveď. Iba 38,00% rodičov uviedlo, že dotazy a otázky týkajúce sa starostlivosti o deti s ALL adresujú sestre. Táto situácia môže byť determinovaná nedostatočnou edukáciou zameranou na oblasť saturácie potrieb dieťaťa počas trvania chemoterapie. Významným informačným zdrojom bol internet, ktorý využívalo 62,00% participantov prieskumnej štúdie. Zarážajúce bolo aj zistenie nedostatku informačných materiálov (100,00% rodičov uviedlo, že takéto materiály nemali k dispozícii). Bajčiová (2007, s. 38) upozorňuje, že v detskej onkológii je nevyhnutné venovať pozornosť nielen chorému dieťaťu, ale aj jeho rodičom a súrodencom. Diagnóza zhubného ochorenia u dieťaťa znamená obrovský emocionálny a častokrát aj ekonomický zásah do života celej rodiny. Vzhľadom na fakt, že súčasným kritériom hodnotenia úspešnosti liečby nie je len dosiahnutie dlhodobého prežívania, ale aj kvalita života vyliečeného detského pacienta, zvyšuje sa v posledných rokoch snaha zapájať do diagnostických a liečebných procesov a rozhodnutí aj rodičov. Aj Dobříková a Lekárová (2010, s. 73) vyzdvihujú názor, že len zdravá a fungujúca rodina sa môže stať pre dieťa oporou a pomáhať mu prekonávať úskalia jeho ochorenia. Sociálna opora priaznivo pôsobí na psychiku onkologického jedinca, pričom uspokojuje jeho sociálne požiadavky, ako sú potreba náklonnosti, istoty, súhlasu, sociálnej interakcie ap. Otrubová a Jankechová (2009, s. 13) poukazujú v ošetrovateľskej starostlivosti aj na význam compliance, ktorá poukazuje na to, do akej miery je pacientovo správanie v súlade s lekáarskymi a ošetrovateľskými radami. To, ako sú pacienti a ich príbuzní edukovaní o liečebnom režime, ako chápu a dodržiavajú pokyny lekára a sestry, je významný faktor ovplyvňujúci dĺžku a kvalitu života pacientov. Na základe zistených údajov možno

konštatovať, že u rodičov detí s ALL bol vo viacerých oblastiach predmetného záujmu prieskumnej štúdie zaznamenaný nedostatok informácií. Markantný informačný deficit rodičov sa objavil v saturácii potrieb svojich detí v procese aplikácie chemoterapie. Na základe analýzy výsledkov prieskumnej štúdie možno formulovať odporúčania pre prax:

- vypracovať edukačný program pre rodičov detí s ALL,
- sprístupniť edukačný materiál rodičom detí s ALL,
- vypracovať edukačné štandardy vo vzťahu k problematike ALL v detskom veku,
- sprostredkovať rodičom detí s ALL informácie o občianskych združeniach a nadáciach (napr. Liga proti rakovine, NPOP – Nadácia na pomoc onkologickým pacientom, Nádej a viera, internetových portáloch, Klub detskej nádeje, Centrá pomoci detskej onkológie),
- monitorovať efektívnosť edukácie rodičov detí s ALL,
- realizovať ďalšie prieskumné sondy.

Záver

Problematika kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je v súčasnosti predmetom mnohých diskusií v rámci odbornej i laickej verejnosti. Jedným z nástrojov jej zvyšovania je aj efektívna edukácia. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na pediatrických onkologických pracoviskách má edukácia rodičov svoje dôležité postavenie, pretože zmena vyvolaná edukáciou znamená prínos pre kvalitu života dieťaťa. Preto je v rámci ošetrovateľstva dôležité venovať tejto oblasti náležitú pozornosť.

Literatúra

- [1] BAJČIOVÁ, V. 2007. Detská onkológia na prahu 21. storočia – perspektívy, ciele a vízie do budúcnosti. In *Onkológia*. ISSN 1336-8176, 2007, roč. 2, č. 1, s. 37–43.
- [2] DOBRÍKOVÁ, P. – LEKAROVÁ, L. 2010. Sociálna opora a jej význam pre onkologicky chorých adolescentov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1337-6896, 2010, roč. 3, č. 2, s. 73–75.
- [3] KOUTECKÝ, J. et al. 2004. *Klinická onkológia*. 1. Vydání. Přerov: Riopress, 2004. 278 s. ISBN 80-8622-177-6.
- [4] KUBISZ, P. et al. 2006. *Hematológia a transfúziológia*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2006. 324 s. ISBN 80-8090-000-0.
- [5] LOKAJ, P. 2009. Léčba bolesti u dětí s nádorovým onemocněním. In *Pediatric pro praxi*. ISSN 1213-0494, 2009, roč. 10, č. 6, s. 58–61.
- [6] OTRUBOVÁ, J., JANKECHOVÁ, M. 2009. Compliance a jej význam. In *Zborník abstraktov prednášok z XII. konferencie sestier s medzinárodnou účasťou*. Nové Zámky: SKAaPA, 2009. s. 13.
- [7] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, H., VORLÍČKOVÁ, H. et al. 2006. *Klinická onkológia pro sestry*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- [8] www.npop.sk/informacne-centrum/cvicit-alebonecvicit-pri-rakovine

Adresy autorov

Doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD., MPH
VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, TnUAD, Fakulta zdravotníctva
Trenčín, Slovenská republika
e-mail: jarpot@centrum.sk

PhDr. Emília Miklovičová, PhD.
FOaZOŠ SZU Bratislava, Slovenská republika
e-mail: emilia.miklovicova@szu.sk

SOME ASPECTS OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN VOLYN IN THE XVIII - XX CENTURIES

Irina Krukovska

Zhitomir Nursing Institute, Zhitomir, Ukraine

Abstract

Some aspects of formation and development of educational and medical institutions in Volyn in the XVIII - XX centuries are discussed in the article. Current problems in education and medicine are defined.

Key words

Volyn, medical education, medical assistant, physician, medical institution.

Topicality of the article

In the current period of democratic reformations and state updating national revival of Ukraine, which requires optimization and improvement of public education, appropriate education of the coming generation becomes particularly important. The successful solution of this task is possible through thorough research of national educational trends, creative experience of the past and usage in modern practice of general and professional education, including medical.

The aim of the article

To analyze the aspects of educational and medical formation and development institutions in Volyn in the XVIII - XX centuries.

The main material

The oldest information about the organization of medical affairs in Ukraine date back to KievanRus'. With the adoption of Christianity the cells preservation and development of cultural and medical heritage were "orphanages" which were formed at churches and monasteries from the X-XI centuries that were also for vagrants, disabled and sick. It was thought then that the priests' prayers purified the soul and thus facilitated the bodily sufferings of the parishioners. Patients also asked "likovtsiv", chiropractors, barbers, "zeliynykiv" for help (experts of the therapeutic properties of herbs).

Volyn as a historical and geographical region of Right-Bank Ukraine, formed in the pool of right tributaries of the rivers Pripyat and Western Bug River (modern Volyn, Rivne, Zhytomyr, Ternopil and Khmelnytsky regions). Actually the name "Volyn" comes from the name of the ancient settlement of Volyn (Velyn), located near the modern village Gorodock of Volyn region (It is mentioned in chronicles in 1018).

In Zhitomir (in 1776) female Catholic monastery was established, and at it the hospital of nurses was opened. In a small house one of the rooms was made as a shelter for orphans, the second was equipped as a chamber, which provided medical care to patients. In fact it was the first medical institution that emerged in Zhitomir. This nurses' hospital went on public support by order of Paul I (from 18 November 1797). It was given 1200 rubles annually up to 1827. Some funds for treatment and guidance were given by the Catholic monastery. Funds were allocated mainly to maintain the elderly, demented, chronically sick, the maimed. For those who cared for the sick, the Catholic monastery built several houses. Later this area became the most populated. The best stores, shops, community and educational institutions, home for orphans and others were here. Later such hospitals were constituted in the districts of Volyn. At the beginning of the XIX century Zhytomyr hospital was a coordinating center for 34 such hospitals. In 1826 only in Zhytomyr, Lutsk and Berdychiv hospitals already were 107 patients and 130 orphans who were cared for. In these hospitals 16 girls studied merciful case. Lutsk-Zhytomyr Roman Catholic spiritual consistory donated 450 rubles silver for their maintenance. Limited capacities of hospital management have necessitated the creation of some permanent body to direct medical affairs. In 1775 for the organization and maintenance of hospitals and shelters for the disabled and orphans in each province "Order of the public patronage" was established. In 1871 they transferred to state maintenance. Hospitals did not have administrative rights. The issues of health was in charge of provincial administration through police apparatus. Immediate medical care wasn't provided for population. Therefore, it appealed mainly to barbers who then were considered to be paramedical personnel. Education was acquired by individual learning in special schools of barbers in Kyiv, Lutsk, Lviv, Kamenets and Nizhyn. In 1782 under the administration of provincial and district towns the post of doctorate of medicine, doctor and two assistants were introduced in the staff list. This was the structure of health care. In 1793 medical council was founded in Zhytomyr. It comprised a hospital inspector, physician operator and obstetrician. They provided medical assistance to people, prepared herbs, detected foci of infection, monitored sanitary condition of settlements and more. Later, in 1795, Order of the provincial public care was founded, that consisted of the provincial marshal of nobility, Mayor, senior police superintendent, medical inspector, his deputy and assistant. Their duties included the care of the construction and maintenance of hospitals, homes for the insane, orphans, schools for children of employees, medical assistant schools, medical buildings, wards for offenders. That year in Zhytomyr the nurses' hospital the post of a senior doctor was introduced on a voluntary basis, that was taken by "shtabs-doctor" of the newly established military hospital. During 1795-1825 "shtabs-doctor" also combined the post of senior doctor of the nurses' hospital. At the beginning of the XIX century a house for the aged was opened, which held mostly mentally ill. Later in each county, including Volyn (1802) the posts of county physicians, senior and junior students and midwife were introduced (they were at the state maintenance). The duties of the county physicians included fighting infectious diseases among humans and domestic animals, provision of appropriate emergency medical care to people, examination of forensic cases, harvesting of medicinal plants which were grown in suburban drugstore gardens. Naturally, one county physician was not enough, therefore the introduction of the post couldn't significantly improve health of people (so far as the villagers didn't have health care at all). At

the beginning of the XIX century the Committee to combat infectious diseases was opened in Zhitomir with the participation of the provincial leader of the nobility, mayor, a senior cleric in the city, hospital inspector and city physician. Their merit is in the construction of buildings in Zhitomir stationary provincial hospital, which began in 1827 and was completed in 1840. At the beginning of the XIX century the number of medical personnel in Zhitomir, including private physicians, significantly increased and in 1812 was 56 persons. Coordinating center of their medical activity was provincial medical council; it was subordinated to the office of charitable institutions and county doctors at the provincial center. Due to the lack of public hospitals, almost all Zhytomyrdoctors had to engage in private practice. Such a state could not meet either their professional capacity or more needs of the population of the city in providing quality medical care. Often the population suffered from epidemics. Mortality during epidemics in the Volyn province (late XVIII – early XIX century) was 3% among adults and 51% among children. In 1895 22,783 cholera patients were registered, 8,609 of whom died. If in 1902 infectious diseases affected 248,000 province people, then in 1904 - 768 thousand, and in 1909 - 1.5 million people. Only 35,000 of them received medical care. One reason for this - the poor sanitary condition of the provincial center, other county towns and settlements. In the chambers of the infectious section patients with smallpox, scarlet fever, diphtheria, measles, typhus, typhoid fever, bloody diarrhea, anthrax, tuberculosis, lobar pneumonia, fever were treated together. It was extremely unacceptable, because the threat of patients' mass destruction arose. Thanks to the remarkable efforts of enthusiasts of their business - the head of the Volyn hospital D. S. Morozov and Senior Resident provincial hospital M. E. Kruzenshtern – 87 doctors, 178 paramedics, 39 students from St. Petersburg, Kyiv, Warsaw and Zhytomyr were attracted to fight this scourge. At this time a post of city physician was introduced, two years later the city Duma was founded and its executive body - the Executive. Since then, cases of hospital equipment in Zhitomir became more active. All cases were put into operation. Hospital was surrounded with wooden fence. Half of its territory was barren, that the local population used it as pasturage. The hospital was calculated for 50 beds and received the status of Volyn province. This event coincided with appearance of the order of the Ministry of Internal Affairs on initiation of each patient that was in the hospital, "mournful letter", which had to reflect his state of illness and treatment process. Difficult were its first steps. By 1851 the hospital was subordinated to the city government, and since 1852 passed to Order of public care, which allocated funds only for wages staff. The Order itself was subordinated to the Ministry of Internal Affairs, and the maintenance of the state hospital at the expense of the Ministry of Finance. In other matters vital medical establishment knew of 20 provincial departments of government - the aristocratic assembly, Inspectorate of hospital, medical advice, gendarmerie, police superintendent, trustee charitable institutions, etc. By the Order of public care physicians took care of county hospitals and rural hospital stations of Volyn province. With the introduction of new infectious building and a separate room hospice in 1886, the main building and infectious department were renovated. Now the hospital could accommodate 120 patients. In the same year it was surveyed 3627 people, of whom were hospitalized - 151. In the psychiatric unit 1329 were overlooked and 40 hospitalized. However, in Volyn - one of the most backward provinces of the empire in 1867 to serve the three million "state peasants" were only

2 doctors, 31 medical assistants and 5 assistant midwives; there weren't hospitals, drugs sorely lacked. In 1868 medical care was referred to the Ministry of Internal Affairs. The introduction of county medicine in the region (1904), which changed the clerks, did not significantly improve the situation of medical care in the region. Not better was the situation of nursing education in Volyn. However, the public health system, as well as public education, the region continued to operate under previous principles, that were modeled on Austrian institutions. Before the 30s (the nineteenth century.) in education was a struggle for influence between the Russian and Polish magnates and religious consistory, which in the mid-'60s of the nineteenth century completed a total russification. After the liberation of the peasants from serfdom in Russia was introduced county government (1864), which relied on the responsibilities of management within designated by law, mainly in respect of economic and public health. On the city council also lied duties of training nurses. One of those organizers of county medicine in Ukraine S. N. Igumnov who wrote that rural institutions formed in the following sequence: Kharkiv, Poltava, Chernigov (1865), Yecaterinoslav, Yaroslavl (1866) and Taurian (1866-1868). However, the three provinces of the South West region - Kyiv, Volyn and Kamenets-Podolsk for a long time remained without rural institutions so that medical facilities were under public control. Lack of trained medical staff did not help the organization of help to the population, and therefore public administration raised the motion before the authorities to open medical assistant schools. Thus, in 1868, was opened Chernihiv school, in 1870 - Yecaterinoslav and Poltava, in 1782 - Kherson. In the provinces of South-western edge, but for already opened Kiev, in 1875, was created 4-class paramedic school in Zhitomir and 3-class - in Kremenets. By this time, in the first years after accession Volyn to the Russian Empire, in the organization of medical education population significant role played Polish doctors. At this time Lutsk hospitals located in Catholic monasteries, synagogues, etc. In this regard, the Ukrainian population suffered (because they served mainly their co-religionists). Lack of medical staff, sufficient material resources, lack of funds for protection of health (37 kopecks per person per year), poverty, population, unsanitary conditions and way of life resulted in the emergence and spread of many diseases and epidemics. In 1868 in Volyn 192 positions of paramedics who recommended by company's medical assistant, who often did not have adequate medical education were introduced. Zhytomyr province paramedic school annually produced 18-20 people. In 1886 the Society of Physicians of Volyn province was founded. Its first president was MD G. F. Bruns. At that time he also served as inspector of Volyn province hospital, and since this year, being the principal of paramedics and paramedics-midwives' school, led the passage of their practice in the province hospital. In the same year a council was created at the hospital to which, besides senior physician and two residents, entered marshal of the nobility, the mayor, the provincial hospital inspector, city physician. Directly Zhytomyr province hospital, hospice and children's orphanages in it, ran Stewardship Council as part of the provincial leader of the nobility (Chairman), also was chairman of Volyn office of charitable institutions. During 1840-1902 years the hospital staff consisted of 5 people. Those were - the senior physician, two residents, a pharmacist and nurses. Senior physician performed a general administrative leadership and led psychiatric department, one of the residents - men therapeutic and surgical departments. The second lead female therapeutic, dermatological, gynecological and infectious

departments. Doctors additionally served 125 local hospice, 30 children under 11 years old from town house with orphans, 55-60 boys and girls from 18 to 22 years from children's crafts school. At this time the hospital residents working I. E.Holimbiievskyy, A. P.Voitsekhivska, E. G.Dyakovskyy, R. Sologub, A. P.Rzhevutskyy, G. G. Nutt, M. J.Kamensky, Y. I. Shamborskyy, K. I.Korovytskyy. Working in Zhytomyr province hospital (1883-1893 years), graduate of the Medical Faculty of the University of Kiev doctor K. I.Korovytskyy prepared for defense, and in 1897 he defended his doctoral thesis "On the fluctuation of hemoglobin levels in typhoid fever and lobar pneumonia ". In subsequent years he headed the Department of Therapeutic Hospital clinic in Novorossiysk University (Odessa). As noted above, in 1874 in Zhitomir paramedicsschool began to work. Its teachers D. S.Morozov, I. A. Sobolewski, V. I.Krasnov, M. I.Lisytsyn, E. A.Lipsky, M. N.Jashchynsky, Ya.K. Yatskovskyy, V. Sokolovsky, S. P.Shafarevich, S. A.Brzhozovskyy conducted with his students practice in provincial hospitals, organized duties in departments, helped to outpatient examination of patients. Doctors' salaries were 49 rubles, paramedical, whose position had improved since 1901 - 10 rubles a month. The only sister of mercy retained for free meals, the cost of which was 6 rubles 75 kopecks. This was not enough to meet their vital needs. So in their spare time nurses engaged in private practice. Order of the public patronage, which was run by a hospital, allocated very little money for its upkeep. With the state treasury annually reported to the needs of the hospital 600 rubles of subsidies. These funds went to purchase drugs for inpatient and outpatient treatment of poor burghers, landowners and peasants government, military lower ranks, holding hospice and orphanage, doctors salaries, purchase of fuel and routine repairs. Funds allocated at the rate of 0.08 penny of city residents. All the medical school's work was organized on the principle of self-support. Food, household equipment, medicines purchased under the contract. Annual hospital costs for 40-60s of the XIX century were about 6 thousand rubles. Keeping a patient - 163 rubles 58 kopecks.

Conclusion.

In our study the main socio-cultural and socio-political conditions of educational and medical institutions are presented. It is shown that medical education in Volyn evolved incrementally in response to national and regional social processes, deepening of medical knowledge advances and the advent of the relevant medical field and teaching science.

Literature

- [1] Verkhatsky S. A., Zabludovsky P. Y. 1991. History of Medicine. Kyiv: Higher school. 1991. 433 pp. ISBN 5-11-003591-0.
- [2] Ivashchenko O., Polischuk Y. M., 1997. Zhytomyr on the paths of history. Regional History intelligence. – Zhitomir: "Polissya", 1997. 145 pp. ISBN 966-7054-08-9.
- [3] Krukovsky I. M., 2010. Medical education in Volyn (XIX cent.-30-ies of XX century..), Zhitomir: "Polissya", 2010. 238 pp. ISBN 978-966-655-548-2.
- [4] Disposal of the Minister of Health from 30 april 1919 about the agency of the District Health Council, about his stuff and competences and correspondence with the Ministry of Health on this issue (1919-1921) // TSDIA in Lviv, f.567, op.1, units. zb.20. - 20 AS

[5] Proceedings third-county meeting of doctors and representatives of counties of Volyn province. - Zhitomir, 1914. - P. 185-188.

Contact

Irina Krukovska

candidate of pedagogical sciences, associate professor of the department "Nursing"

Zhitomir Nursing Institute

St.V. Berdichevskaya 46/15

Zhitomir, 10002, Ukraine

NÁROČNÉ ZDRAVOTNÍCKE POVOLANIA A PSYCHOHYGIENA

Helena Kuberová

Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Príspevok je venovaný psychicky náročným profesiám. Zdravotnícki pracovníci – sestry, lekári, psychológovia, liečební pedagógovia sú v neustálom priamom kontakte s ľuďmi po celý svoj pracovný čas. Práve v tejto špecifickosti medziľudských vzťahov spočíva obrovská náročnosť tohto povolania.

V príspevku je podaný pohľad odborníkov na charakteristiku psychohygieny a prieskum jej dodržiavania v psychicky náročnej profesii sestier.

Kľúčové slová

Psychohyiena, duševné zdravie, prostriedky psychohygieny.

PHYSICALLY DEMANDING JOBS AND PSYCHOHYGIENE

Abstract

The article deals with psychohygiene in psycho demanding jobs. Health care workers are in direct contact with people throughout their entire working hours. It is the particularity of human relationships that makes these jobs so enormously demanding.

The article contains the specialist's view on characteristics of psychohygiene, its relevance, but also on mental health, basic tools of psychohygiene and proper regime principles.

Key words

Psychohygiene, mental health, tools of psychohygiene.

Charakteristika psychohygieny

Psychohygieny je disciplína, ktorá stojí na rozhraní lekárskejších, psychologických pedagogických a sociálnych vied. Poznatky a metódy práce týchto vied využíva k dosiahnutiu svojho cieľa, ktorým je duševná rovnováha, duševné zdravie a vôbec zdravý spôsob života človeka vo všetkých vekových obdobiach. Z psychologických vied má najbližšie k všeobecnej, pedagogickej, ontogenetickej a klinickej psychológii. Veľmi úzke vzťahy má ku psychoterapii.

Podľa Bartka (1990), predstavuje psychohygieny „úpravu životných podmienok človeka, ktorá uňho vyvoláva pocit spokojnosti, osobného šťastia..., fyzickej a psychickej zdatnosti a výkonnosti. Ide teda o to, aby človek nielen žil, ale aby sa cítil aj zdravým, užitočným, potrebným a mravným, a to nielen na krátky, prechodný čas, ale stále, dnes i v budúcnosti, až

do konca života.“ Psychohygienu pokladá za viac ako profylaxiu, t.j. odstraňovanie škodlivých faktorov, ktoré by mohli aj na zdravého jedinca pôsobiť nepriaznivo (Bartko, D.,1990, s. 22).

Podľa Bašteckej (2003) sa prvé použitie pojmu „hygienu duše“ alebo „dietetika duše“ v zmysle životosprávy objavilo v 18. a 19. storočí. „Ako prvý tento pojem rozpracoval W.C. Sweetser v spise *Mentálna hygiena v roku 1843 vo vzťahu k posudzovaniu intelektu a vášní, ich vplyvu na zdravie a dĺžku života*. H. Maudsley sa v roku 1867 sťažuje na tempo moderného života, konkurenciu, nedostatok spánku, nevhodné jedlá a nadmerné pitie kávy. Celosvetové hnutie mentálnej hygieny sa datuje od roku 1908, kedy severoamerický obchodník s nedoštudovanou Yaleovou univerzitou Clifford W. Beers potom, čo zažil niekoľkoročné útrapy hospitalizácie pre duševne chorých, uverejňuje knihu *A Mind that Found Itself (Duša, ktorá sa našla)*. Kniha mala obrovský úspech. V roku 1909 začína vychádzať časopis *Mental Hygiene*“ (Baštecká, B., 2003, s. 56).

Podľa Ďurdiaka (2001) význam psychohygieny pre človeka spočíva v tom, že mu poskytuje návod na zdravý spôsob života, posilňuje nielen jeho duševné a telesné zdravie, ale aj jeho sebaopoznanie, sebavedomie, pocity spokojnosti a vyrovnanosti. Je prevenciou pred psychosomatickými a duševnými chorobami (Ďurdiak,2001, s. 20).

Duševne zdravý, vyrovnaný človek je odolnejší proti somatickým chorobám. Najmenej jedna tretina všetkých somatických chorôb vzniká primárne poruchou duševnej rovnováhy. Vplyv na duševné zdravie človeka má aj jeho profesionálne, či pracovné zaťaženie. Najviac sa to týka profesií, kde je neustály psychosociálny kontakt jedinca s inými ľuďmi, ako je to napr. v školstve, či zdravotníctve. Tieto povolania patria medzi psychicky najnáročnejšie a u ľudí pracujúcich v týchto profesiách často dochádza aj k vzniku burn – out syndrómu.

Nespokojný a nevyrovnaný človek sa často stáva stresorom sám sebe, prežíva veľké citové napätia, nedokáže svoj život prežívať naplno, čo mu bráni dosiahnuť stav radosti a spokojnosti. Poznaním a praktickým realizovaním psychohygieny sa zvyšuje vyrovnanosť človeka, ktorá má veľký vplyv na jeho subjektívnu spokojnosť a priaznivo vplýva na jeho sociálne okolie.

Prostriedky psychohygieny

Psychohygienu je prostriedkom prevencie psychických porúch a rozvíjania duševného zdravia. Jej význam spočíva v prevencii telesných a duševných porúch a ochorení, harmonizácii na sociálnych vzťahov, v primeraných požiadavkách na pracovný výkon jedinca, ktorý by mal dbať na optimálne udržiavanie subjektívnej spokojnosti a vyrovnanosti, moderne nazývané aj ako pozitívne myslenie.

V uplatňovaní psychohygieny v živote sa jedinec môže prispôbovať, adaptovať na podmienky svojho vonkajšieho prostredia a svojho vnútorného, subjektívneho sveta. Optimálne adaptovaní jedinci sú tí, ktorí dosiahnu stav sebarealizácie (sebaaktualizácie). Podmienkami na splnenie tohto stavu sú pocity sebaakceptácie, bezpečia, spolupatričnosti, sebadôvery. Osoby, ktoré dosiahli stupeň sebarealizácie, sa prejavujú tým, že adekvátne vnímajú skutočnosti.

Vzniku burn - out syndrómu sa podľa Heftyovej (2002), môže predchádzať dvoma líniami. Osobnou – vnútornou, čiže cestou osobnostného rastu a neosobnou – úpravou vonkajších podmienok (porovnaj Heftyová, 2002, s. 51).

Najúčinnejšou prevenciou burn - out syndrómu je začať na sebe pracovať, zaujímať sa o seba, rozvíjať sebaopoznanie, sebahodnotenie, vnímať sa reálne a naučiť sa akceptovať samého seba, tiež učiť sa zodpovednosti voči sebe samému. Pre jeho zvládnutie pomáha stavanie reálnych a dosiahnuteľných cieľov. V psychicky náročných povolaniach, akými sú povolania v zdravotníctve a v školstve dosiahne človek spokojnosť vytvorením optimálneho životného programu s vybudovanou hierarchiou vyšších hodnôt, ujasneným a uvedomeným zmyslom svojho života a svojej profesie. Život bez zmyslu je prázdny, podobne ako profesia bez uvedomovania si jej významu, hodnoty a zmyslu je len mechanickým vykonávaním nejakej nevyhnutnej aktivity, ktorá neprináša človeku žiadne potešenie, pôžitok, radosť, žiadnu pozitívnu motiváciu. Dôležité je, aby zdravotnícki pracovníci pestovali a posilňovali v sebe snahu vnášať do svojej pracovnej aktivity nové prvky, aby neupadali do stereotypu a aby sa mali v práci vždy na čo tešiť. Všetky momenty spojené so životom a prácou má jedinec vo svojej moci – záleží len na ňom, aký postoj k tejto problematike zaujme, či sa bude usilovať o ich prevenciu a ovplyvnenie, čím predíde vzniku ochorenia, alebo rozvoju stavu vyhorenia.

Jednou z veľmi vhodných foriem pomoci je logoterapia ako forma psychoterapie, ktorá sa realizuje formou duchovného „sprevádzania“. Ide o starostlivosť o dušu človeka, vedenie duše. V určitej podobe prebieha táto metóda už stáročia v každej rodine. Láskavá starostlivosť o iného človeka je podstatou mnohých vzťahov. Pacienti sú ľudia v núdzi, ktorí sú často nešťastní, utrápení, ubolení, depresívni, neistí, odkázaní na pomoc. Od zdravotníckeho profesionála očakávajú oveľa viac ako iba slušný postoj alebo bravúrne komunikačnú zručnosť. Očakávajú akceptáciu – prijatie, očakávajú spoluúčasť a pochopenie svojich ťažkostí a to sú práve situácie, ktoré robia toto povolanie vysoko náročným.

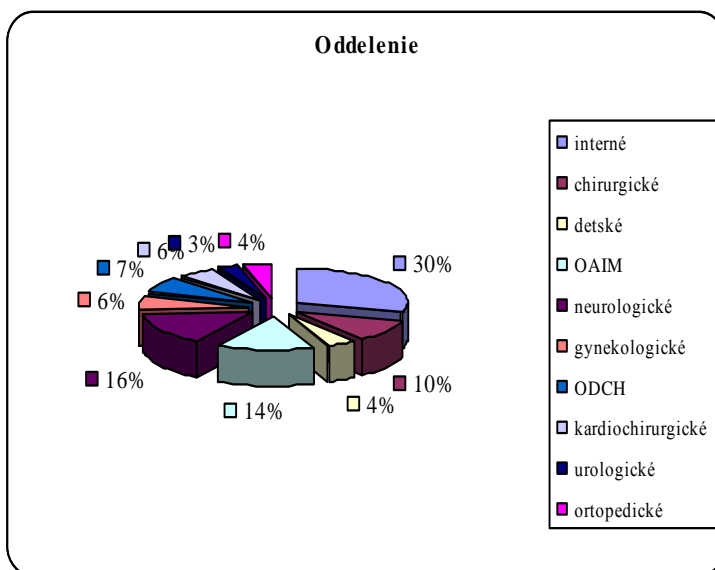
Prieskum úrovne psychohygieny v psychicky náročnej profesii sestry

Cieľom prieskumu realizovaného pomocou dotazníka bolo posúdiť a zhodnotiť úroveň uplatňovania zásad psychohygieny v živote a práci sestier v trojzmennej prevádzke. Predmetom tohto prvotného prieskumu bolo aj to, do akej miery dodržiavajú samotné sestry zásady psychohygieny a či majú o nich dostatok informácií. Vzorku prieskumu tvorilo 70 respondentov, ktorých priemerný vek bol 39 rokov. Priemerná dĺžka praxe bola 20 rokov. 10 bolo slobodných, 56 vydatých, 3 rozvedené a 1 vdova. 35 sestier malo stredné odborné vzdelanie s maturitou. Vyššie odborné vzdelanie malo 15 sestier a 20 sestier malo vysokoškolské vzdelanie.

Výsledky prieskumu

Tab. č. 1 Pracovisko respondentov

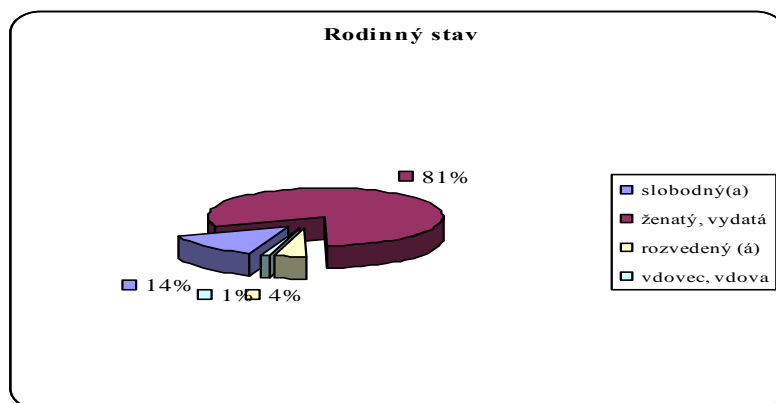
Oddelenie	Počet respondentov	Percentá (%)
interné	21	30
chirurgické	7	10
detské	3	4
OAIM	10	14
neurologické	11	16
gynekologické	4	6
ODCH	5	7
kardiochirurgické	4	6
urologické	2	3
ortopedické	3	4
Spolu	70	100



Graf č. 1 Pracovisko respondentov

Tab. č. 2 Rodinný stav respondentov

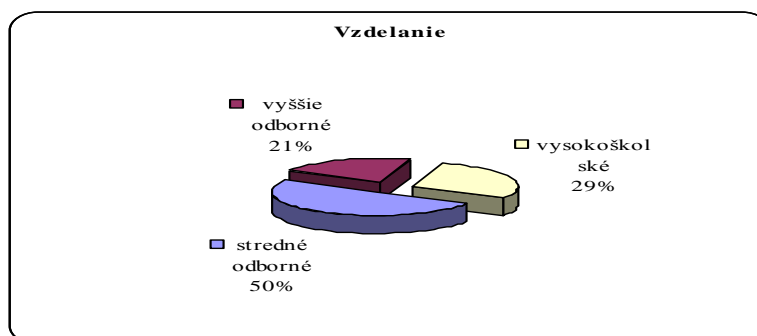
Rodinný stav	Počet respondentov	Percentá (%)
slobodný(a)	10	14
ženatý, vydatá	56	81
rozvedený (á)	3	4
vdovec, vdova	1	1
Spolu	70	100



Graf č. 2 Rodinný stav respondentov

Tab. č. 3 Vzdelanie respondentov

Vzdelanie	Počet respondentov	Percentá (%)
stredné odborné	35	50
vyššie odborné	15	21
vysokoškolské	20	29
Spolu	70	100

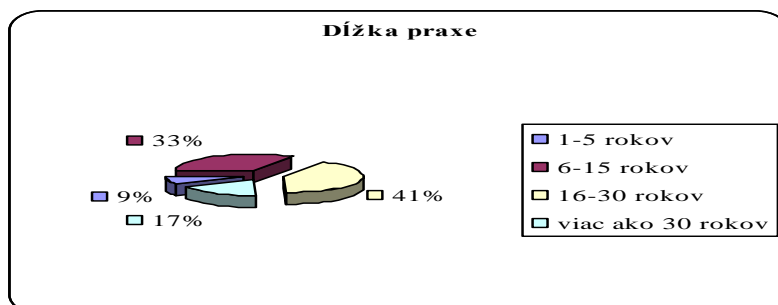


Graf č. 3 Vzdelanie respondentov

50% respondentov uviedlo, že má ukončené stredné odborné vzdelanie s maturitou, 29% respondentov uviedlo, že majú ukončené vysokoškolské vzdelanie a 21% má vyššie odborné vzdelanie.

Tab. č. 4 Dĺžka praxe respondentov

Dĺžka praxe	Počet respondentov	Percentá (%)
1-5 rokov	6	9
6-15 rokov	23	33
16-30 rokov	29	41
viac ako 30 rokov	12	17
Spolu	70	100

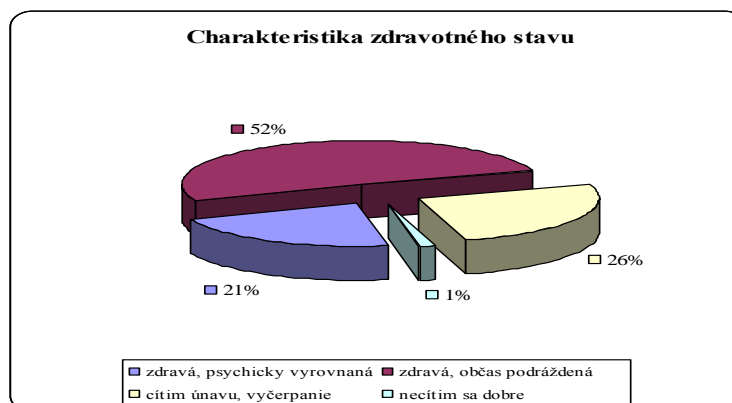


Graf č. 4 Dĺžka praxe respondentov

9% respondentov uviedlo, že pracuje 1-5 rokov, 33% opýtaných uviedlo dĺžku praxe v rozmedzí 6-15 rokov a 41% respondentov uviedlo, že pracuje v zdravotníctve 16-30 rokov. 17% sestier uviedlo viac ako 30 rokov.

Tab. č. 5 Charakteristika vlastného zdravotného stavu

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
zdravá, psychicky vyrovnaná	15	21
zdravá, občas podráždená	36	52
cítim únavu, vyčerpanie	18	26
necítim sa dobre	1	1
Spolu	70	100



Graf č. 5 Charakteristika vlastného zdravotného stavu

52% respondentov charakterizovalo v odpovedi svoje zdravie a uviedlo, že sa cítia zdravé, ale občas podráždené. 26% uviedlo, že cítia únavu a vyčerpanie. 21% sestier uviedlo, že sa cítia zdravé, psychicky vyrovnané. 1% sa necíti dobre.

Tab. č. 6 Vplyv zamestnania na zdravie

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	56	80
nie	12	17
neviem	2	3
Spolu	70	100

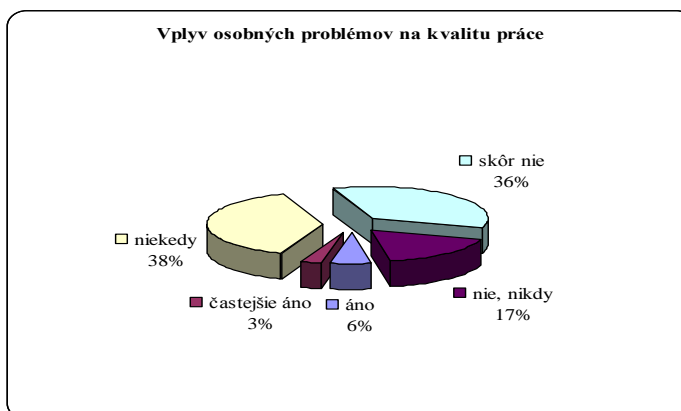


Graf č. 6 Vplyv zamestnania na zdravie

80% respondentov odpovedalo, že zamestnanie má vplyv na ich zdravie. 17% respondentov odpovedalo, že nie a 3% odpovedalo neviem.

Tab. č. 7 Vplyv osobných problémov na kvalitu práce

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	4	6
častejšie áno	2	3
niekedy	27	38
skôr nie	25	36
nie, nikdy	12	17
Spolu	70	100

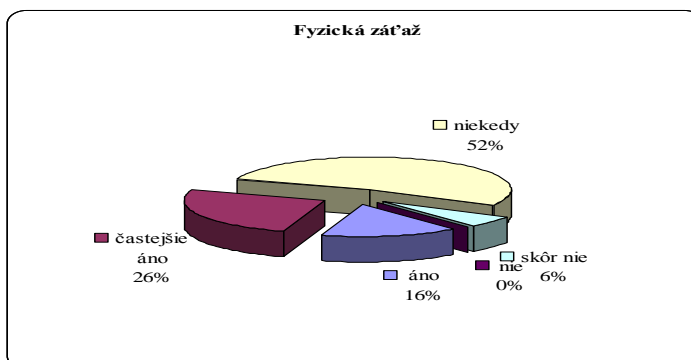


Graf č. 7 Vplyv osobných problémov na kvalitu práce

38% respondentov odpovedalo, že niekedy ich osobné problémy ovplyvňujú kvalitu práce, 36% si myslí, že skôr nie. 17% opýtaných tvrdí, že ich kvalitu práce nikdy neovplyvňujú osobné problémy. 3% opýtaných uvádzajú, že častejšie áno. 6% odpovedalo áno, že osobné problémy ovplyvňujú ich kvalitu práce.

Tab. č. 8 Fyzická záťaž v práci

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	11	16
častejšie áno	18	26
niekedy	37	52
skôr nie	4	6
nie	0	0
Spolu	70	100

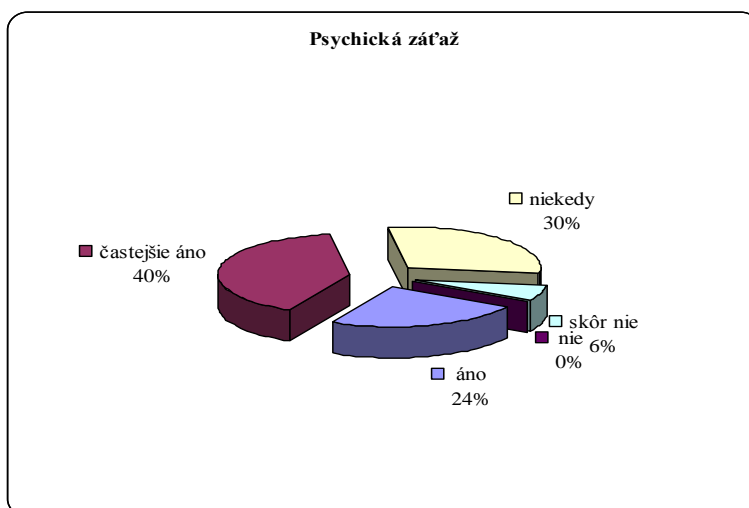


Graf č. 8 Fyzická záťaž v práci

52% respondentov uviedlo, že niekedy považuje svoju prácu za fyzicky náročnú. 26% respondentov uviedlo, že ju považuje za fyzicky náročnú častejšie. 16% uviedlo áno, práca sestry je fyzicky náročná. 6% uviedlo, že skôr nie je fyzicky náročná.

Tab. č. 9 Psychická zát'az v práci

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	17	24
častejšie áno	28	40
niekedy	21	30
skôr nie	4	6
nie	0	0
Spolu	70	100

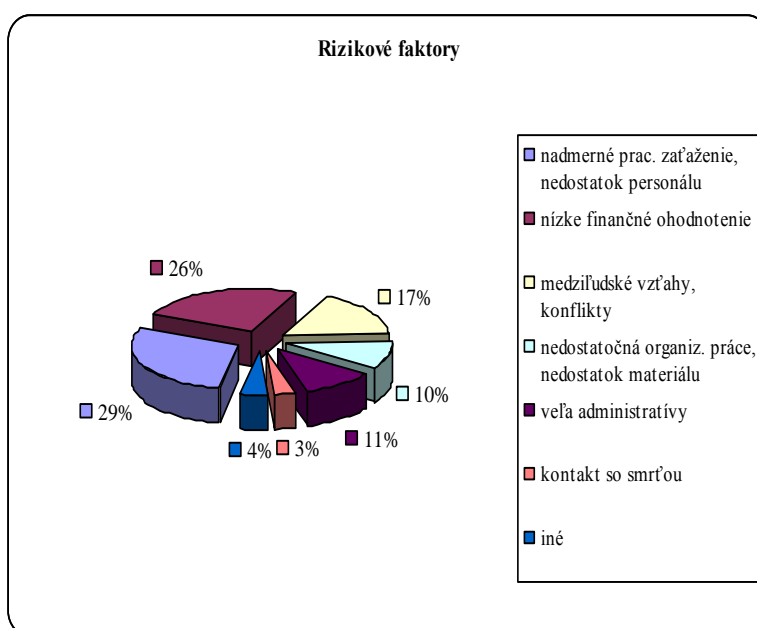


Graf č. 9 Psychická zát'az v práci

40% respondentov odpovedalo, že psychickú zát'az pociťuje v práci „častejšie áno“, 30% uviedlo, že psychickú zát'az pociťuje „niekedy“. 24% odpovedalo jednoznačne „áno“ a len 6% uviedlo „nie“.

Tab. č. 10 Najrizikovejší faktor spôsobujúci psychickú zát'az

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
nadmerné prac. zaťaženie, spôsobené nedostatkom personálu	20	29
nízke finančné ohodnotenie	18	26
medziľudské vzťahy, konflikty	12	17
nedostatočná organizácia práce, nedostatok materiálu	7	10
veľa administratívy	8	11
kontakt so smrťou	2	3
iné	3	4
Spolu	70	100

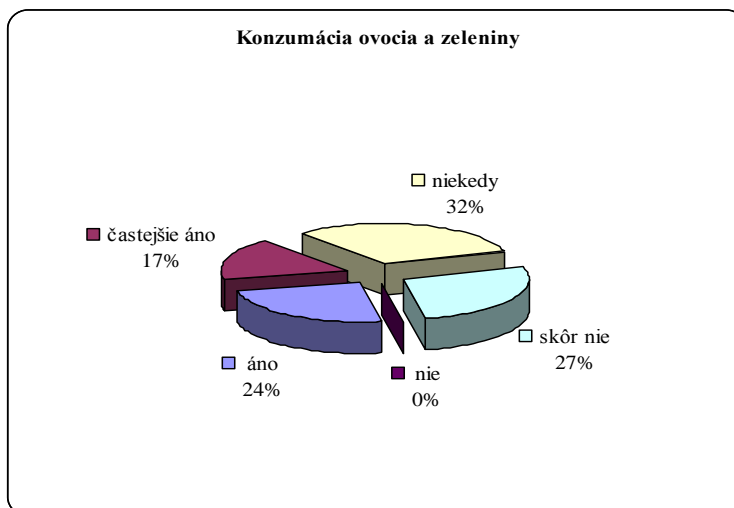


Graf č. 10 Najrizikovejší faktor spôsobujúci psychickú zát'az

29% respondentov uviedlo ako najrizikovejší faktor nadmerné pracovné zaťaženie spôsobené nedostatkom personálu. 26% respondentov uviedlo ako záťaž nízke finančné ohodnotenie. 17% uviedlo, že sú to medziľudské vzťahy a konflikty. 11% uvádza veľa administratívy. 10% uvádza nedostatočnú organizáciu práce a nedostatok materiálu. 4% udáva iné (kontakt s infekčným pacientom) a 3% uvádza, že je to kontakt so smrťou.

Tab. č. 11 Konzumácia ovocia a zeleniny

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	17	24
častejšie áno	12	17
niekedy	22	32
skôr nie	19	27
nie	0	0
Spolu	70	100

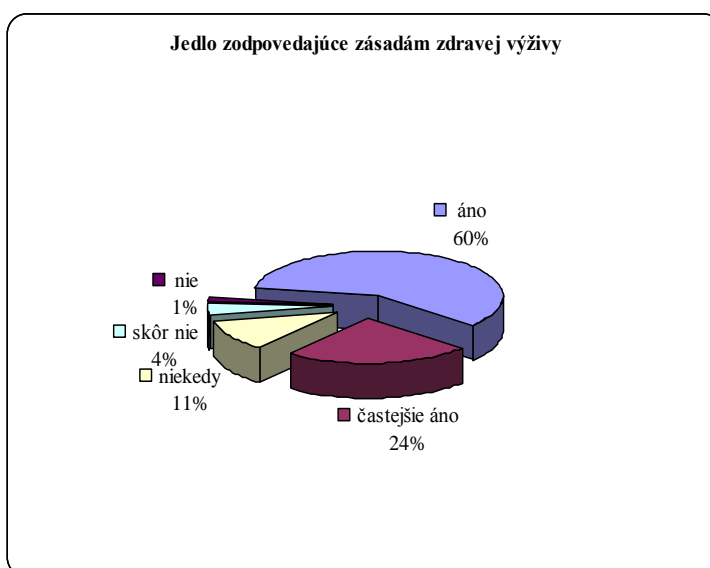


Graf č. 11 Konzumácia ovocia a zeleniny

32% respondentov uvádza, že „niekedy“ konzumuje dostatok ovocia a zeleniny, 27% uviedlo odpoveď „skôr nie“. 24% uviedlo, že konzumuje dostatok ovocia a zeleniny 17% uvádza možnosť, že „častejšie áno“.

Tab. č. 12 Jedlo zodpovedajúce zásadám zdravej výživy

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	41	60
častejšie áno	17	24
niekedy	8	11
skôr nie	3	4
nie	1	1
Spolu	70	100

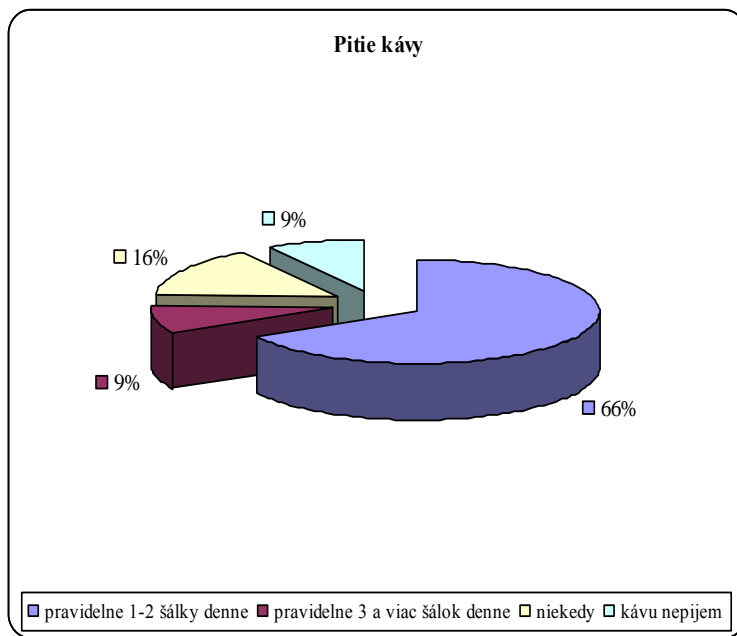


Graf č. 12 Jedlo zodpovedajúce zásadám zdravej výživy

60% respondentov uvádza, že zje aspoň raz denne jedlo zodpovedajúce zásadám zdravej výživy. 24% uvádza, že si dopraje zdravé jedlo „častejšie áno“, 11% len „niekedy“. 1% uvádza „nie“ a 4% „skôr nie“ (uviedli, že si zdravé jedlo nedoprajú z dôvodu nedostatku času alebo nevhodných podmienok na stravovanie).

Tab. č. 13 Pitie kávy

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
pravidelne 1-2 šálky denne	47	66
pravidelne 3 a viac šálok denne	6	9
niekedy	11	16
kávu nepijem	6	9
Spolu	70	100

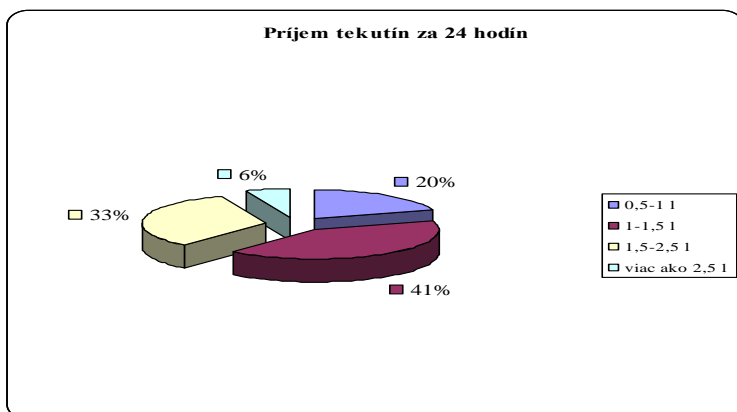


Graf. č. 13 Pitie kávy

66% opýtaných uvádza, že pije pravidelne 1-2 šálky kávy denne. 16% uviedlo, že pije kávu „niekedy“. 9% uviedlo, že pije pravidelne 3 a viac šálok denne a 9% uviedlo, že kávu nepije.

Tab. č. 14 Príjem tekutín

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
0,5-1 l	14	20
1-1,5 l	29	41
1,5-2,5 l	23	33
viac ako 2,5 l	4	6
Spolu	70	100

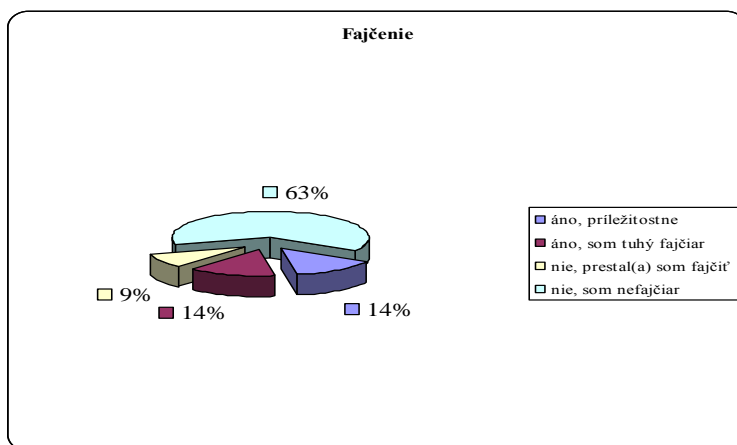


Graf č. 14 Príjem tekutín

41% respondentov uviedlo, že vypije za 24 hodín 1-1,5 l tekutín. 33% uviedlo 1,5-2,5 l tekutín. 20% len 0,5-1 l tekutín za 24 hodín. 6% uviedlo viac ako 2,5 l tekutín za 24 hodín.

Tab. č. 15 Fajčenie

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno, príležitostne	10	14
áno, som tuhý fajčiar	10	14
nie, prestal(a) som fajčiť	6	9
nie, som nefajčiar	44	63
Spolu	70	100

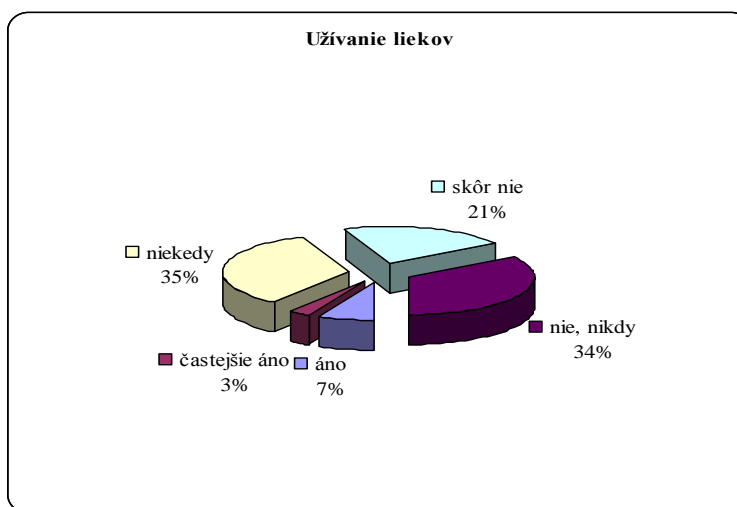


Graf č. 15 Fajčenie

63% respondentov uvádza, že patrí medzi nefajčiarov. 14% respondentiek uvádza, že sú „tuhí fajčiar“ (sestier!), 14% uvádza, že fajčí „príležitostne“ a 9% uviedlo, že „prestali fajčiť“.

Tab. č. 16 Užívanie liekov

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	5	7
častejšie áno	2	3
niekedy	24	35
skôr nie	15	21
nie, nikdy	24	34
Spolu	70	100

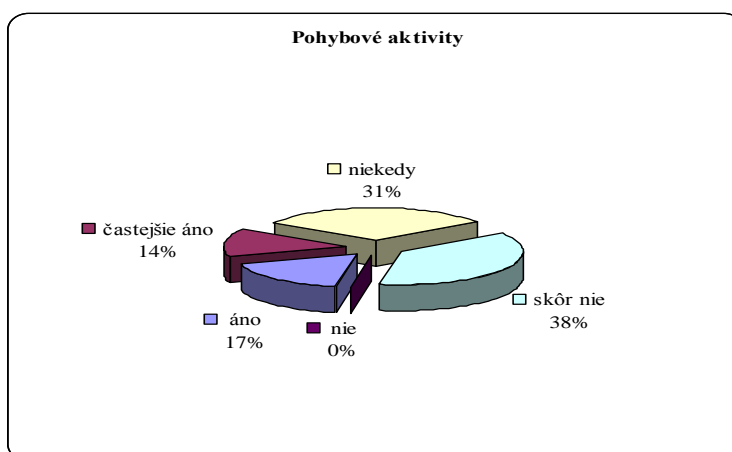


Graf č. 16 Užívanie liekov

35% opýtaných uviedlo, že „niekedy“ užíva lieky (analgetiká, sedatíva, hypnotiká). 7% respondentov uviedlo „áno“ a 3% uviedlo, že „častejšie áno“. 34% uviedlo, že „nie, nikdy“, 21% uviedlo, že „skôr nie“.

Tab. č. 17 Pohybové aktivity respondentov

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	12	17
častejšie áno	10	14
niekedy	22	31
skôr nie	26	38
nie	0	0
Spolu	70	100

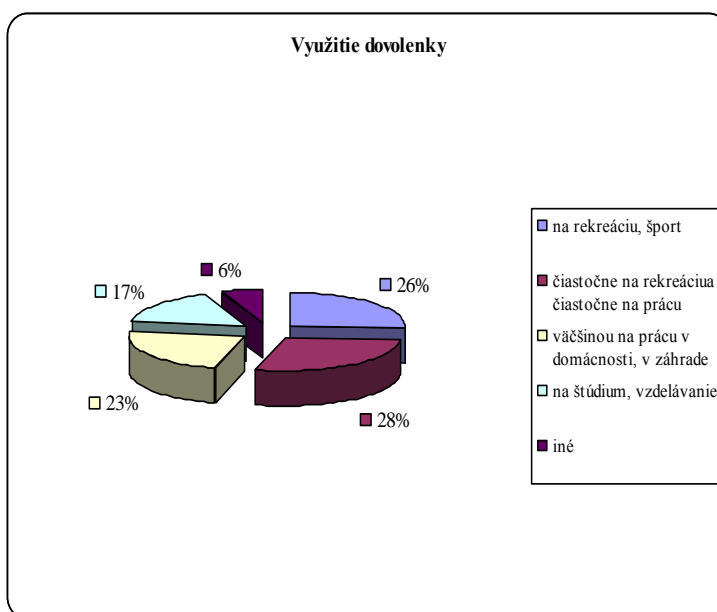


Graf č. 17 Pohybové aktivity respondentov

38% uviedlo „skôr nie“ v prípade svojich pohybových aktivít, 31% uviedlo, že sa pohybovým aktivitám venuje „niekedy“. 17% sester uviedlo, že sa pohybovým aktivitám venuje dostatočne, 14% uviedlo, že sa pohybu venuje „častejšie áno“.

Tab. č. 18 Využitie dovolenky respondentmi

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
na rekreáciu, šport	18	26
čiastočne na rekreáciu a čiastočne na prácu	20	28
väčšinou na prácu v domácnosti, v záhrade	16	23
na štúdium, vzdelávanie	12	17
iné	4	6
Spolu	70	100

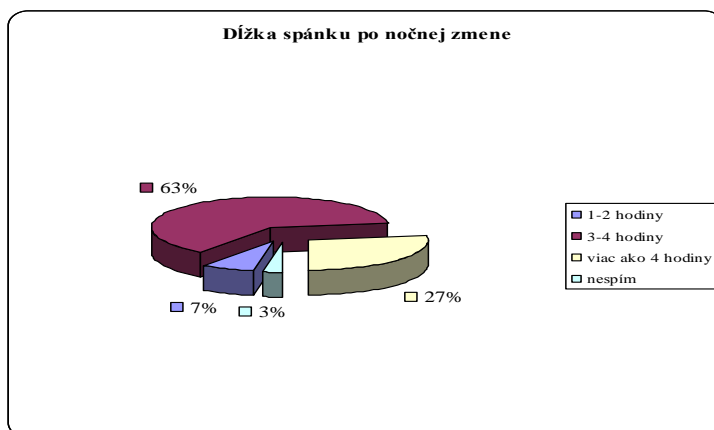


Graf č. 18 Využitie dovolenky respondentmi

28% sester odpovedalo, že využíva dovolenku „čiastočne na rekreáciu a čiastočne na prácu“, 26% na rekreáciu a šport, 23% na prácu v domácnosti, v záhrade, 17% na štúdium a vzdelanie. 6% uviedlo iné (s rodinou, cestovanie).

Tab. č. 19 Spánok po nočnej zmene

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
1-2 hodiny	5	7
3-4 hodiny	44	63
viac ako 4 hodiny	19	27
nespim	2	3
Spolu	70	100

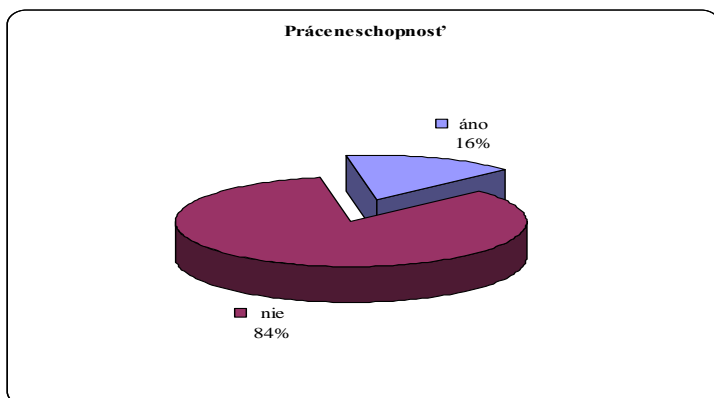


Graf č. 19 Spánok po nočnej zmene

63% sestier uvádza, že spí 3-4 hodiny po nočnej zmene, 27% uviedlo, že spí viac ako 4 hodiny. 7% len 1-2 hodiny a 3% sestier uviedlo, že vôbec nespí po nočnej zmene.

Tab. č. 20 Frekvencia práceneschopnosti respondentov

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	11	16
nie	59	84
Spolu	70	100

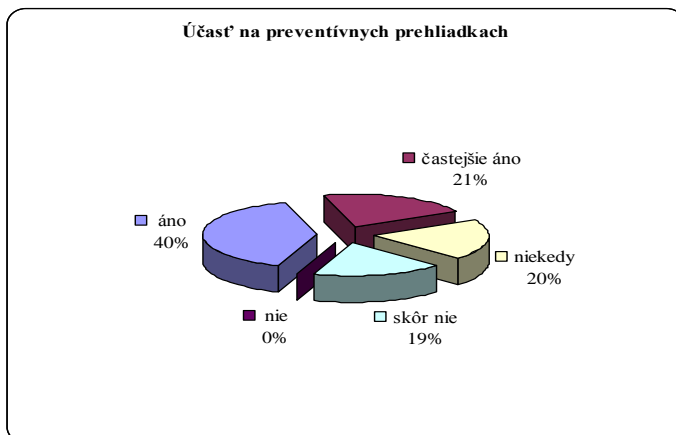


Graf č. 20 Frekvencia práceneschopnosti respondentov

Najviac respondentov až 84% uviedlo možnosť „nie“, len 16% sestier bolo posledných 12 mesiacov práceneschopných.

Tab. č. 21 Absolvovanie preventívnych prehliadok

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	28	40
častejšie áno	15	21
niekedy	14	20
skôr nie	13	19
nie	0	0
Spolu	70	100

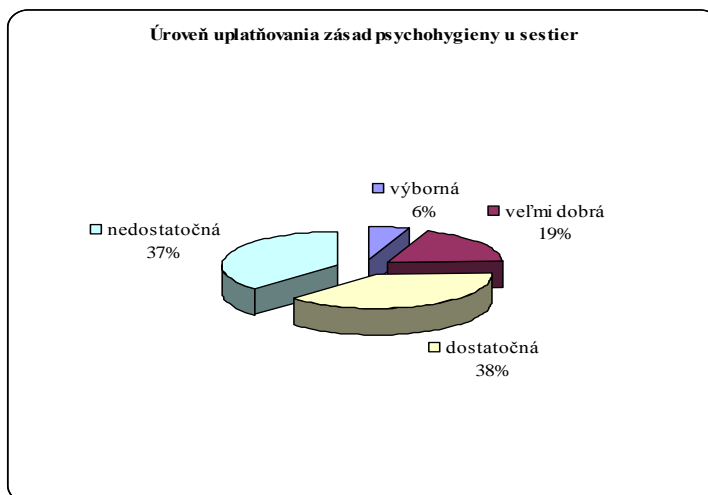


Graf č. 21 Absolvovanie preventívnych prehliadok

40% respondentov odpovedalo „áno“, že sa zúčastňujú pravidelne preventívnych prehliadok. 21% uviedlo možnosť „častejšie áno“ a 20% uviedlo, že „niekedy“. 19% odpovedalo „skôr nie“.

Tab. č. 22 Vnímanie vlastnej úrovne uplatňovania zásad psychohygieny

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
výborná	4	6
veľmi dobrá	13	18
dostatočná	27	39
nedostatočná	26	37
Spolu	70	100

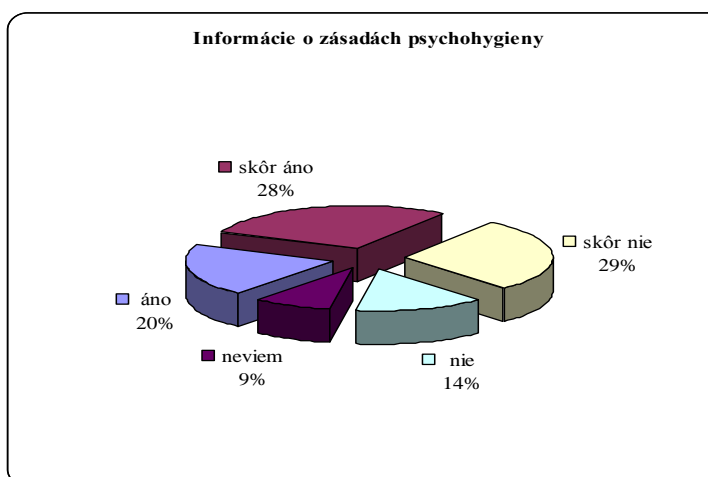


Graf č. 22 Vnímanie vlastnej úrovne uplatňovania zásad psychohygieny

Až 38% respondentov si myslí, že ich úroveň uplatňovania psychohygieny je dostatočná. 37% sestier ju považuje za nedostatočnú, 19% za veľmi dobrú a 6% dokonca za výbornú.

Tab. č. 23 Informácie o zásadách psychohygieny

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	14	20
skôr áno	20	29
skôr nie	20	29
nie	10	14
neviem	6	8
Spolu	70	100

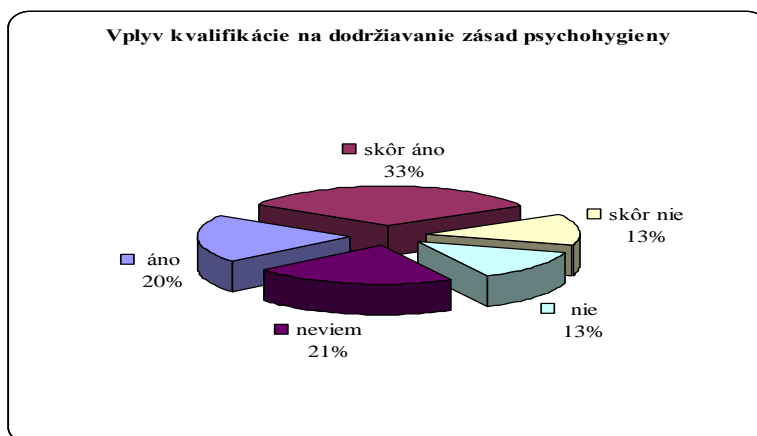


Graf č. 23 Informácie o zásadách psychohygieny

20% sestier si myslí, že má dostatok informácií o zásadách psychohygieny. 29% respondentov uviedlo odpoveď „skôr nie“, 28% „skôr áno“. 14% odpovedalo „nie“ a 9% uviedlo „neviem“.

Tab. č. 24 Vplyv vzdelania na dodržiavanie psychohygieny

Odpoveď	Počet respondentov	Percentá (%)
áno	14	20
skôr áno	23	33
skôr nie	9	13
nie	9	13
neviem	15	21
Spolu	70	100



Graf č. 24 Vplyv vzdelania na dodržiavanie psychohygieny

20% sester si myslí, že štúdium a vzdelanie pozitívne ovplyvňuje postoj k psychohygiene, 13% uviedlo „skôr nie“. 13% respondentov odpovedalo „nie“. 33% opýtaných odpovedalo „skôr áno“, 21% uviedlo neviem.

Tab. č. 25 Spôsob relaxácie respondentov

Odpoveď	Počet respondentov
čítanie	38
šport, prechádzky, turistika	53
televízor, počítač	20
priatelia, deti, rodina	10
ničnerobenie, dovolenka	6
ručné práce, krížovky	8
hudba	6
práca v záhrade	14
Spolu	155*

Všetkých 70 respondentov odpovedalo akým spôsobom relaxujú a uvádzali aj viac odpovedí. Podľa charakteru ich odpovedí boli uvedené aktivity rozdelené do 8 skupín. Z tabuľky č. 25 vidieť, že až 53 respondentov uviedlo, že relaxuje aktívne (šport, prechádzky, turistika), 38 oddychuje pri čítaní kníh, 20 trávi chvíle oddychu pri televízore a počítači. 14 sester

uviedlo, že relaxuje prácou v záhrade, 10 s priateľmi a rodinou. 8 uviedlo, že si najviac odpočinie pri ručných prácach a krížovkách. 6 respondentov uviedlo „ničnerobenie“ a dovolenku, 6 uviedlo relaxáciu pomocou hudby.

Výsledky prieskumu zameraného na úroveň psychohygieny u sestier

Z výsledkov prieskumu vyplýva, že cieľ, ktorý sme si stanovili sa splnil a v nasledujúcom období budeme sledovať, ako poznajú a dodržiavajú zásady psychohygieny ďalší ľudia pracujúci v psychicky náročných profesiách. Tieto skupiny budú vzájomne štatisticky porovnané aj so skupinou ľudí v bežných profesiách ktoré nie sú považované za psychicky náročné.

Prieskumom sme zistili, že 39% sestier zo 70 - ich pokladá úroveň uplatňovania zásad psychohygieny vo svojom živote a práci za dostatočnú a približne rovnaký počet za nedostatočnú. Za „veľmi dobrú“ ju považuje 18% respondentov a za „výbornú“ len 6% respondentov. Z analýzy vyplýva, že až 37% ju vo svojom pracovnom a súkromnom živote neuplatňuje. Výsledky sú v súlade s odporúčaním J. Křivohlavého (2004): „*Starat' sa o pacientov sa sestry učia už na zdravotnej škole, kde sa systematicky preberá starostlivosť o chorého. Nikto ich ale neučí, ako sa majú starať o seba*“ (Křivohlavý, J., 2004, s. 9).

Na základe získaných poznatkov Z toho dôvodu je potrebné odporúčať, aby sa v príprave sestier venovala pozornosť aj tejto problematike.

Rovnako prekvapujúce boli výsledky týkajúce sa informácií o zásadách psychohygieny. 20% sestier si myslí, že má dostatok informácií o zásadách psychohygieny. 29% respondentov uviedlo odpoveď „skôr nie“, 28% „skôr áno“. 14% odpovedalo „nie“ a 9 % uviedlo „neviem“. Z prieskumu vyplýva, že až 51% sestier si myslí, že nemá dostatok informácií o zásadách psychohygieny. Sestry uvádzali že využívajú rôzne zdroje informácií o zásadách psychohygieny a to samoštúdium, časopis Sestra, čítanie odbornej literatúry, školenia, televíziu a internet.

Náš predpoklad, že profesia sestier patrí medzi psychicky náročné profesie sa potvrdil. 52% sestier z celkového počtu 70 respondentov sa cíti „zdravá, občas podráždená“, 26% uviedlo, že „cíti únavu, vyčerpanie“ a 1% odpovedalo „necítim sa dobre.“ Len 21% uviedlo, že sa cíti „zdravá, psychicky vyrovnaná“, čo tvorí približne štvrtinu z celkového počtu. Pri tom až 80% respondentov odpovedalo, že zamestnanie má vplyv na ich zdravie a zaujímavé je, že naše výsledky sa skoro zhodujú s výsledkami českého prieskumu v roku 2007, kde uvedenú záťaž uviedlo 74% respondentov (Reindlová, 2007, s. 22-23). Na tento problém poukazujú aj výsledky štúdie ŠZU SR o riziku poškodenia zdravia zdravotníckych pracovníkov upozornili na niekoľko závažných faktorov: zvyšuje sa význam záťažových situácií, najmä psychosociálneho stresu. Sestry často prichádzajú do kontaktu s infekčnými pacientmi (AIDS, hepatitída B a C, svrab, TBC, atď.), sú teda vystavené veľkému riziku nákazy a vzniku ochorení z povolania (Selko, 2002, s. 37).

Závažné sú aj výsledky týkajúce sa nadmernej fyzickej záťaže. Po analýze odpovedí sme zistili, že 52% respondentov uviedlo sa „niekedy“ cíti nadmerne fyzicky zaťažovaná, 26% „častejšie áno“ a 16% odpovedalo „áno“. Len 6% sestier uviedlo odpoveď „skôr nie“. Reindlová (2007) v svojej práci apeluje na to, že „ženy v zamestnaní nesmú dvíhať bremená

ťažšie ako 15 kg, podľa výnimiek pacient nie je bremeno, preto päťdesiatkilové sestry dvíhajú stokilové bezvládne telá“ (Reindlová, 2007, s. 23).

Nadmernú psychickú záťaž v prieskume uviedlo 24%. 40% respondentov odpovedalo „častejšie áno“ a „niekedy“ sa cíti nadmerne psychicky zaťažených 30% respondentov. Rovnako aj v tomto prípade Reindlová (2007) uvádza, že *„takmer tretina českých sestier je fyzicky a viac než polovica psychicky vyčerpaná po službe. Práca sestry je psychicky náročná – v porovnaní s inými povolaniami je medzi zdravotníkmi najvyššie percento samovrážd*“ (Reindlová, 2007, s. 23).

V našom prieskume označila za najrizikovejší faktor nadmerné pracovné zaťaženie spôsobené nedostatkom personálu takmer tretina respondentov (29%). Nízke finančné ohodnotenie uviedlo 26% sestier, 17% uviedlo medziľudské vzťahy, konflikty a 11% veľa administratívy. 10% sestier ako najrizikovejší faktor označilo nedostatočnú organizáciu práce, nedostatok materiálu. Prekvapujúco, len 3% sestier označilo kontakt so smrťou a 4% kontakt s infekčným pacientom.

Napriek týmto závažným výsledkom bolo pre nás zaujímavé zistenie, či respondenti, sestry uplatňujú v súkromnom aj pracovnom živote zásady zdravej životosprávy. Výsledky nás prekvapili, pretože len 24% sestier odpovedalo „áno“ a 17% „častejšie áno“, konzumuje zeleninu a ovocie. Až 27% opýtaných odpovedalo „skôr nie“ a 32% respondentov odpovedalo, že len „niekedy“. V otázke, ktorou sme zisťovali, či aspoň raz denne zjedia teplé jedlo zodpovedajúce zásadám zdravej výživy odpovedali až v 60% prípadov, že odpovedalo „áno“. 24% respondentov uviedlo, že „častejšie áno“, 11% uviedlo, že len „niekedy“ zje teplé jedlo zodpovedajúce zásadám zdravej výživy. 1% respondentov uviedlo, že „nie“ a 4% „skôr nie“. Ako dôvod uviedli nedostatok času a nevhodné podmienky na stravovanie. Tieto výsledky sú dobré, lebo až 84% respondentov si denne nájde čas na zdravé jedlo.

Výsledky týkajúce sa pitia čiernej kávy s kofeínom boli nasledovné: 67% respondentov uviedlo, že pravidelne vypijú 1-2 šálky denne. 15% uviedlo „niekedy“, 9% uviedlo, že vypije pravidelne 3 a viac šálok. 9% respondentov uviedlo, že kávu nepijú. Vzhľadom na to, že pitie čiernej kávy a jej účinok je stále diskutovanou otázkou. Približujem názor Bartekovej (2002), ktorá na internetovej stránke uvádza: *„Kofeín môže narušovať nutričnú rovnováhu zvýšeného vylučovania vápnika. Znižuje absorpciu železa. Káva obsahuje viac antioxidantov ako doposiaľ najviac uznávaný zelený čaj. Káva redukuje riziko cukrovky viac ako o 60%. Najmenej šesť výsledkov nezávislých štúdií potvrdili spojenie medzi pitím kávy a prevenciou Parkinsonovej choroby. Ľudia, ktorí pijú pravidelne kávu majú 60-80% menšiu pravdepodobnosť vzniku tohto ochorenia*“ (Barteková, S., 2002).

V prieskume nás zaujímalo aj to, ako dodržiavajú respondenti pitný režim. 41% respondentov uviedlo, že vypije 1-1,5 l tekutín za 24 hodín. 33% uviedlo 1,5-2,5 l, za 24 hodín, 6% uviedlo viac ako 1,5 l. Zarážajúce bolo zistenie, že až 20% respondentov uviedlo, že vypije len 0,5-1 l tekutín za 24 hodín. Vojteková (2004) vo svojej práci odporúča: *„piť podľa potreby, priemerne 1,5 až 2 l denne vo forme kombinácie čistej alebo minerálnej vody, nesladených ovocných štiav a čajov*“ (Vojteková, 2004, s. 10). V dodržiavaní pitného režimu by sestra mala byť pre pacientov príkladom.

Zaujímavé boli výsledky týkajúce sa fajčenia, lebo zdravotníci by mali slúžiť ako kladný príklad pre chorých. Pri zisťovaní postoja respondentov k fajčeniu z analýzy odpovedí respondentov vyplynulo, že 63% sestier tvoria nefajčiari, 9% prestalo fajčiť. 14% respondentov fajčí príležitostne a 14% uviedlo, že patrí do skupiny silných fajčiarov. „V súčasnosti sa odhadujú 3 milióny úmrtí ročne v dôsledku fajčenia“ (Egnerová, 1994, s. 5) Aj týchto 28% je v tomto prípade dosť vysoké číslo, lebo nebezpečné je aj pasívne fajčenie, ktoré zvyšuje riziko predčasného úmrtia a vzniku rakoviny pľúc.

Problematika užívania liekov (analgetík, sedatív, hypnotík) je podľa odpovedí respondentov tiež závažná, lebo 35% respondentov uviedlo, že „niekedy“ užíva tento druh liekov, 7% uviedlo odpoveď „áno“ a 3% „častejšie áno“. 34% odpovedalo „nie“, 21% „skôr nie“. Teda 45% respondentov uviedlo užívanie spomenutých druhov liekov, čo je tiež dosť veľký počet respondentov (31 sestier).

Respondenti v prípade vlastnej pohybovej aktivity uvádzali až v 38% „skôr nie“, 31% uviedlo „niekedy“. 17% odpovedalo „áno“ a 14% „častejšie áno“. Pri tom práve ľudia pracujúci v psychicky náročných profesiách mali dbať na relaxáciu v podobe pohybovej aktivity. Podobne ako odporúča Praško (2004) „*Pre telo je celodenná nečinnosť stresujúca. Dbajte preto na každodenný pohyb vyberte sa na prechádzku alebo si zacvičte*“ (Praško, 2004, s. 44).

V otvorenej otázke mohli respondenti uviesť svoj spôsob relaxácie. Odpovede sme rozdelili do 8 skupín. Toto kontrolnou otázkou sme zistili, že tu uvádzajú respondenti aktívnu relaxáciu (šport, prechádzky, turistika), ktorú uviedlo až 53 (75,7% respondentov a v predchádzajúcej 31% čo uviedli pohybovú aktivitu „niekedy“ je to spolu 62%. Do určitej miery preto môžeme pochybovať o pravdivosti a presnosti odpovedí niektorých respondentov.

Pri čítaní uviedlo, že relaxuje 38 (54,3%), 20 (28,6%) uviedlo oddych pri TV a PC. 14 (20%) respondentov uviedlo relax pri práci v záhrade, 10 (14,3%) s rodinou, priateľmi. Ďalej 8 (11,4%), respondentov uviedli ručné práce a lúštenie krížoviek a 6 (8,6%) hudbu.

Podobné výsledky u respondentov sa ukázali v prípade využívania dovolenky. 28% uviedlo „čiastočne na rekreáciu a čiastočne na prácu“, 17% sestier využíva dovolenku „na štúdium, vzdelávanie“, 23% odpovedalo, že „väčšinou na prácu v domácnosti, v záhrade“. Zaujímavé bolo zistenie, že len 26% uviedlo „na rekreáciu, šport“. Z prieskumu vyplynulo zistenie, že sestry málo odpočívajú. V prípade spánku po nočnej službe až 63% respondentov uviedlo, že spí len 3-4 hodiny. 27% uviedlo, že spí viac ako 4 hodiny, 7% uviedlo, že spí len 1-2 hodiny a dokonca 3% uviedlo, že vôbec nespí no nočnej zmene. Táto problematika by sa nemala podceňovať.

Naši respondenti tým, že sú zo zdravotníckeho prostredia by mali ísť príkladom aj v prípade absolvovania preventívnych prehliadok. Výsledky sú uspokojivé, lebo respondenti uvádzajú v 40% „áno“, že sa zúčastňujú pravidelne preventívnych prehliadok a 21% uviedlo možnosť „častejšie áno“. Len 20% respondentov uviedlo, že „niekedy“ a 13 (19%) odpovedalo „skôr nie“. Podobné výsledky ukázali odpovede respondentov v prípade práceneschopnosti, lebo 11 (16%) respondentov uviedlo na danú otázku áno, boli práceneschopné. Toto zistenie nie je prekvapujúce, pretože sme z odpovedí respondentov zistili aj určitú náklonnosť k užívaniu liekov (bolo ich 45%), teda predpokladáme v tomto prípade určitú snahu o samoliečenie.

Vplyv vyššej kvalifikácie a štúdia respondentov uviedlo 33% a odpovedalo „skôr áno“, 20% odpovedalo „áno“, že to pozitívne ovplyvňuje ich postoj k dodržiavaniu zásad psychohygieny.

Zistené výsledky nás vedú k tomu, aby sme i naďalej apelovali na dodržiavanie zdravej životosprávy v psychicky náročných povolaniach. Cieľ, ktorý sme si stanovili sa nám podarilo naplniť, posúdili sme a zhodnotili úroveň uplatňovania zásad psychohygieny v živote a práci našich respondentov, sestier. Výsledky prieskumu prakticky vo všetkých položkách poukazujú na závažné výsledky v jednotlivých položkách prieskumu týkajúce sa dostatočných informácií o zásadách psychohygieny, o pociťovaní nadmernej psychickej a fyzickej záťaže. Nedostatkom v profesii sestry sa ukazuje aj ich preťažovanie nadmernou administratívou a nedostatočným finančným ohodnotením. Jedine zdravá populácia môže zvyšovať ekonomický potenciál krajiny a tým má podiel na zvýšení kvality života celej spoločnosti.

Použitá bibliografia

- [1] Baštecká, B., a kol., 2003, s. 56. 2003. Klinická psychologie v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 420 s.
- [2] BARTKO, D. 1990. Moderná psychohygieny. 6. vyd. Bratislava: Obzor, 1990. 560 s. ISBN 80-215-0102-2
- [3] ĎURDIAK, Ľ. 2001. Psychohygieny mladého človeka. 1. vyd. Nitra: Enigma, 2001. 149 s. ISBN 80-85471-84-1
- [4] HEFTYOVÁ, E. 2002. Aby práca bola potešením. In: Sestra, 2002, roč. I., č. 4, s. 51, ISSN 13359444
- [5] HEFTYOVÁ, E. 2002. Hrozí sestrám vyhorenie? In.: Sestra, 2002, roč. I, č. 2, s. 44 -46, ISSN 1335-9444
- [6] Hluchová, L., 2007,. Zdravoveda. 3 vyd. Bratislava: Príroda, 2007. 192 s. ISBN 978-80-07-01599-9
- [7] kuberová, h. 2008, In: Disputationes scientificae, UK Ružomberok, ročník VIII., číslo 3, 2008, ISSN 1335-9185
- [8] KUBEROVÁ, H. 2007. Stres v práci vysokoškolského učiteľa, jeho objektivizácia a možnosti jeho ovplyvnenia. Trnava, 2007. s. 78. ISBN 978-80-89220-60-1
- [9] REINDLOVÁ, V. 2007. Přetížení zdravotnického pracovníka – áno, nebo ne? In: Sestra, 2007, roč. XVII, č. 12, s. 22-23. ISSN 1210-0404

Iné zdroje:

- [10] BARTEKOVÁ, S. Pitie kávy – riziko, či ochrana? 14.4.2002[cit. 2008-03-13]. Dostupné na internete: http://www.babetko.sk/user/view_page.php?page_id=20503
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. 2004. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1 vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
- [12] KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. Pozitívni psychologie. 1 vyd. Praha: Portál, 2004. 195.s, ISBN 80-7178-835-X
- [13] VIERIKOVÁ, I. 2005. Možnosti zvládnutia choroby a utrpenia. In: Sestra, 2005, roč. IV, č. 9, s. 44-45. ISSN 1335-9444

[14] VOJTEKOVÁ, I. 2004. Stres a zdravie. In: Sestra, 2004, roč. III, č. 12, s. 10-11. ISSN 1335-9444

[15] VOJTEKOVÁ, I. 2004. Odpočinok a zdravie. In: Sestra, 2004, roč. III, č. 7, s. 10–11. ISSN 1335-9444

Kontaktné údaje

Doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.

KLP PF KU v Ružomberku

Hrabovská cesta 1

034 01 Ružomberok

e-mail: Helena.kuberova@ku.sk

ZÁJEM ŽEN A PORODNÍCH ASISTENTEK O KOMUNITNÍ PÉČI V PORODNÍ ASISTENCI

Karolína Kutálková¹, Věra Vránová²

¹Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., studentka DSP Ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

²Ústav porodní asistence, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstrakt

Východiska: Působení porodní asistentky se nemusí zaměřovat pouze na zdravotnická zařízení, nýbrž i na služby terénní. Nejen ženy ale i porodní asistentky mnohdy nevědí, kolik kompetencí je v jejich režii a co vše jim může tento zdravotní profesionál nabídnout. Příspěvek směřuje k vytyčení představ žen i porodních asistentek o působení porodní asistentky v komunitním prostředí.

Soubor: Respondentky byly vybrány formou záměrného výběru a byly rozděleny do dvou heterogenních souborů. Jednalo o ženy v reprodukčním období – těhotné a ženy s dětmi do 3 let a porodní asistentky. Respondentky-ženy byly ve věkové kategorii od 20 do 43 let. Respondentky-PA byly ve věkové kategorii od 20 do 67 let.

Metody: Byla zvolena empirická metoda sběru dat dotazník, nestandardizovaný, určen respondentkám porodním asistentkám a ženám v reprodukčním období s dětmi do 3 let. Pracovali jsme s celkem 240 dotazníky (120 kusů od žen, 120 kusů od PA). Výzkumné šetření bylo prováděno přímou formou na gynekologicko-porodnických odděleních, ambulantních gynekologických pracovištích, na vysokých školách a formou elektronickou (email). Při vyhodnocování jsme užili programu MW 2007 a ME 2007, při statistickém zpracování byl použit χ^2 test (chí kvadrát, program ME 2007 a open source program OpenEpi 2.3.1.), hladina významnosti 5 %.

Výsledky: Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentek-žen měla o služby PA zájem. Z pohledů respondentek-PA je však větší počet PA s nynějším působením (u lůžka, v porodnici, ambulanci) spokojen a o působení v komunitní péči nejeví zájem.

Závěr: Příspěvek uvádí zájem žen a porodních asistentek o působení PA v komunitním prostředí. Zájem o služby komunitní PA je velmi ovlivněn mírou informovanosti dané ženy o tomto působení. Proto by měl příspěvek vést k osvětě povolání porodní asistentka a k inspiraci, motivaci PA a studentů oboru Porodní asistentka.

Klíčová slova

Komunitní péče, porodní asistentka, těhotenství, porod, šestinedělí.

Abstract

Background: Midwife's work does not need to be focusing only on medical arrangement but also on services in terrain. Not only women but also midwives do not know how many competences are in their competence and what they can offer as medical professional. This topic is going to set ideas of women and midwives about the performance of midwives in community environment.

File: The respondents were selected through purposive sampling and they were divided into two heterogeneous groups. There are women in the reproductive period – pregnant women and women with children up to 3 years old and midwives. The respondents-women were from 20 up to 43 years old. Respondents-midwives were from 20 up to 67 years old.

Methods: This is an empirical method of collection of data – questionnaire, nonstandard, it was designed for respondents - midwives and women in the reproductive period with children under 3 years old. We worked with 240 questionnaires (120 pieces from the women, 120 pieces from midwives). The survey was conducted in the gynaecological-obstetric department, gynaecological outpatient departments, universities and electronic form (email). During the evaluation we used the Microsoft Word 2007 and Microsoft Excel 2007, in the statistical treatment was used χ^2 test (chi square, the program Microsoft Excel 2007 and open source program OpenEpi 2.3.1.), 5% significance level.

Results: The results of our research showed that most respondents-women were interested in the services of midwife. However the respondents-midwives are satisfied of working at this moment (at the bedside in the hospital, clinic) and they are not so much interested in community care.

Conclusion: This topic is showing the interest of women and midwives on the performance of midwife in community care. The community care of midwifery is heavily influenced by the level of awareness of women about this job. Therefore, this topic should be lead to public education and the inspiration and motivation for midwives and for students of midwifery.

Key words

Community care, midwife, pregnancy, childbirth, postpartum.

Úvod

Porodní asistentka je zdravotnickým pracovníkem, který se zaměřuje na uspokojování potřeb ženy, klientky a věnuje se dětem, rodinám a celým komunitám. V poslední době se tento obor poněkud renovuje, kdy z dřívější ženské sestry se stala porodní asistentka s oprávněním pracovat bez odborného dohledu. S tím však souvisí i důkladnější příprava do praxe a kvalitní vzdělání. Působení porodní asistentky se nesoustřeďuje pouze na zdravotnická zařízení, nýbrž i na služby terénní. Pohlédneme-li do historie, byly návštěvy těhotných, rodičích žen a novorozenců obvyklou záležitostí a povinností každé porodní asistentky. Náš příspěvek se věnuje činnosti porodní asistentky v komunitním prostředí. Ač je dnešní doba vysoce technicky vyspělá a žena si veškeré informace může najít na internetu, v knihách, přesto jí rozhovor o dané tématice, o momentálním psychickém rozpoložení a náladě žádná webová stránka nahradit nemůže.

Vyhláška 55/2011 Sb. § 5 definuje porodní asistentku jako osobu oprávněnou bez odborného dohledu poskytovat poučení o životosprávě v životě ženy, v jejím těhotenství, při kojení, v klimakteriu, měla by ženu vzdělávat v přípravě na porod, v péči o novorozence, o dítě, rodinu a o sebe samotnou. Provádí edukaci v oblasti reprodukčního zdraví, v plánování rodičovství a s tím související i antikoncepcí. Radí v sociálně-právních otázkách, provádí návštěvy žen v graviditě, po porodu a s gynekologickým onemocněním. Pečuje o ženu v těhotenství, během porodu, v období puerperia a v průběhu jejího celého života a to nejen ve zdravotním zařízení, ale i v komunitním prostředí. (www.mzcr.cz, 2012-02-14)

Povinností porodní asistentky je milovat všechny děti bez ohledu na to, jak jsou velké, jaké mají tělo, barvu kůže a původ. Musí mít ráda i všechny ženy a uvědomovat si, že potřebují vzájemnou pomoc a porozumění. Pro porodní asistentku není pojem „sesterská láska“ prázdným výrazem. (Gaskin, 2010, s. 235-236)

Porodní asistentka by měla důvěrně znát prostředí komunity, ze které její klientka pochází, měla by ji ctít a respektovat její intimitu. Měla by mít znalosti vývojových zákonitostí v životě ženy a specifických faktorů odlišující vývoj a život ženy od vývoje a života muže. Měla by znát různé vlivy vztahující se k partnerství, k lidské sexualitě, k reprodukční funkci a ke vzájemné propojenosti ženského a mužského světa. (Křemenová, Fremlová, 2009, s. 2-3)

Východiska řešení problematiky

Je škoda, že nejen ženy ale i porodní asistentky často nevědí, kolik kompetencí je v jejich režii a co vše jim může tento zdravotní profesionál nabídnout. Právě k tomuto směřuje náš příspěvek. Měl by vytyčit představy a zájmy žen a porodních asistentek o působení porodní asistentky v komunitním prostředí. Působení porodní asistentky není pouze prací, ale i službou druhým.

*Křemenová, Fremlová (2009) ve svém článku *Výuka komunitní péče v porodní asistenci* uvádějí: „Porodní asistentka pracuje v komunitě tak, že ctí principy komunitní práce a péče:*

1. podporuje u členů komunity přijetí změny (zejména vyplývající z fyziologie lidské reprodukce) a schopnost řešit problémy se změnou související
2. vztahuje problémy jedince či skupiny ke zdrojům a možnostem dané komunity
3. zapojuje do řešení problémů, do rozhodování o způsobu jejich řešení členy komunity, v případě složitosti řešení i další instituce a organizace
4. posiluje schopnost převzít zodpovědnost za svůj život, odpovědnost a kompetenci členů komunity problémy přijmout a řešit, postarat se o rizikové členy komunity
5. motivuje a aktivizuje členy komunity k tomu, aby se chtěli a dokázali o řešení problému sami starat
6. podporuje zdravý životní styl a pomáhá vytvářet pro něj podmínky
7. vytváří podpůrné programy v rámci péče o reprodukční zdraví
8. poskytuje objektivní informace v rámci procesu edukace
9. iniciuje a podporuje zdravou komunikaci uvnitř i vně komunity
10. pomáhá vytvářet projekty, jak určité konkrétní problémy řešit“

(Křemenová, Fremlová, 2009, s. 3)

Analýza problematiky

Cíle

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit zájem žen o poskytování péče porodní asistentkou v komunitním prostředí a zjistit zájem porodních asistentek o uplatnění se v komunitní péči.

Soubor a metody

Výzkumné šetření bylo prováděno u dvou souborů respondentek. Byly vybrány formou záměrného výběru. Jednalo se o ženy v reprodukčním období – ženy těhotné a matky s dětmi do 3 let. Druhou skupinou respondentek byly porodní asistentky. Soubory byly heterogenní. Respondentky-ženy byly ve věkové kategorii od 20 do 43 let. Respondentky-PA byly ve věkové kategorii od 20 do 67 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 240 respondentek.

Zvolili jsme empirickou metodu sběru informací - dotazník. Byl vytvořen nestandardizovaný dotazník určen respondentkám porodním asistentkám a ženám v reprodukčním období s dětmi do 3 let. Dotazník obsahoval otázky otevřené a uzavřené. Realizace empirického šetření proběhla v měsících prosinec 2010 – leden 2011. Dotazníky pro oba soubory respondentek byly rozdávány současně. Jednalo se o cestu elektronickou – emailem, přímou a nepřímou. Výzkumné šetření bylo prováděno na gynekologicko-porodnických odděleních, ambulantních gynekologických pracovištích, na vysokých školách. Abychom udrželi anonymitu, byly respondentkám poskytnuty boxy, do nichž měly možnost přímo dotazníky vhadzovat. Boxy byly označeny štítkem, který informoval, na co a komu jsou určeny.

Při vyhodnocování jsme užili programu Microsoft Word 2007 a Microsoft Excel 2007. Při statistickém zpracování byl použit χ^2 test (chí kvadrát), výpočtu jsme dosáhli díky programu Microsoft Excel 2007 a open source programu OpenEpi 2.3.1. Při vyhodnocování získaných dat jsme pracovali s hladinou významnosti 5 %.

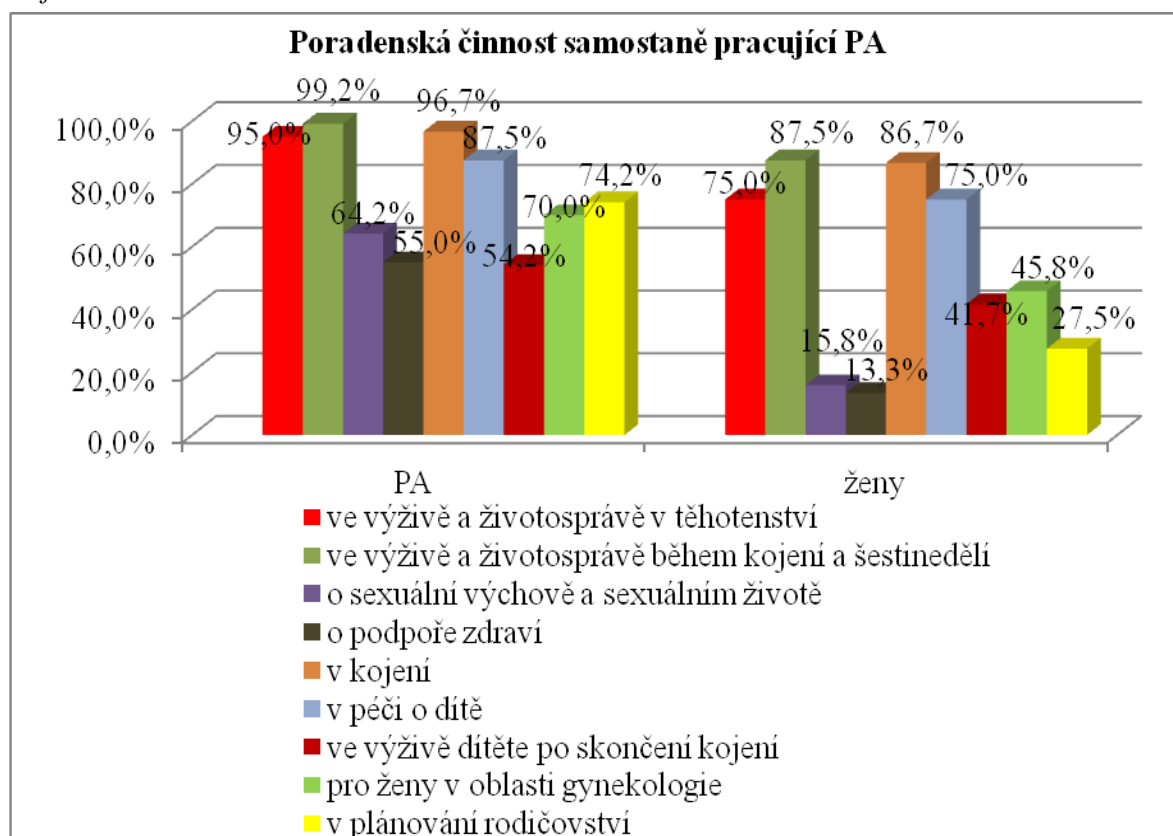
Výsledky

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že celkem 75,8 % respondentek-žen o samostatně pracující PA už slyšelo a 23,4 % ne. 33,3 % respondentek-PA si myslí, že klientky ví, kdo je samostatně pracující PA, 57,5 % si myslí, že to nevědí a 9,2 % neví, zda klientky ví, kdo je samostatně pracující PA. Výsledky u obou souborů respondentek byly poměrně rozdílné a příjemně nás překvapilo, že velký počet respondentek-žen ví, kdo je samostatně pracující PA. Je také potěšující, že velká část respondentek-žen (72,5 %) by si přálo mít více informací o samostatně pracující PA. U souboru PA bylo zjištěno, že 82,5 % si myslí, že klientky by chtěly více informací. Tato zjištění jsou motivací především pro PA, které by měly veřejnosti upřesnit své kompetence, činnosti a služby, jež jsou oprávněny nabízet a provozovat. Činnosti PA jsme rozčlenili do několika oblastí: poradenské, edukační, návštěvní, vedení porodů a kurzů. Respondentky mohly označovat libovolné počet možností.

Pohlédneme-li na oblast poradenskou, většina respondentek-PA by se realizovala v poradenství ve výživě a životosprávě v těhotenství (95,0 %), v poradenství ve výživě

a životosprávě během kojení a šestinedělí (99,2 %), a v poradenství o kojení (96,7 %). Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že převážná část respondentek-žen by u samostatně pracujících PA uvítala poradenství ve výživě a životosprávě v těhotenství (75,0 %), poradenství ve výživě a životosprávě během kojení a šestinedělí (87,5 %), poradenství v kojení (86,7 %) a poradenství v péči o dítě (75,0 %). Představa, že by samostatně pracující PA poskytovala poradenství pro ženy v oblasti gynekologie, byla odlišná, označilo ji pouze 45,8 % respondentek-žen oproti 70,0 % respondentek-PA. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že poměrně malé procento (27,5 %) respondentek-žen si myslí, že by samostatně pracující PA měla poskytovat poradenství v plánování rodičovství, ale toto tvrzení zastává celkem 74,2 % respondentek-PA. Velký rozdíl v pohledu na danou nabídku poradenství jsme našli také v poradenství o podpoře zdraví, kdy tuto možnost označilo pouze 13,3 % respondentek-žen oproti 55,0 % respondentek-PA, které by se v této poradenské oblasti rády realizovaly. Dle výsledků výzkumného šetření jsme v oblasti poradenské našli u obou souborů statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). (Graf 1)

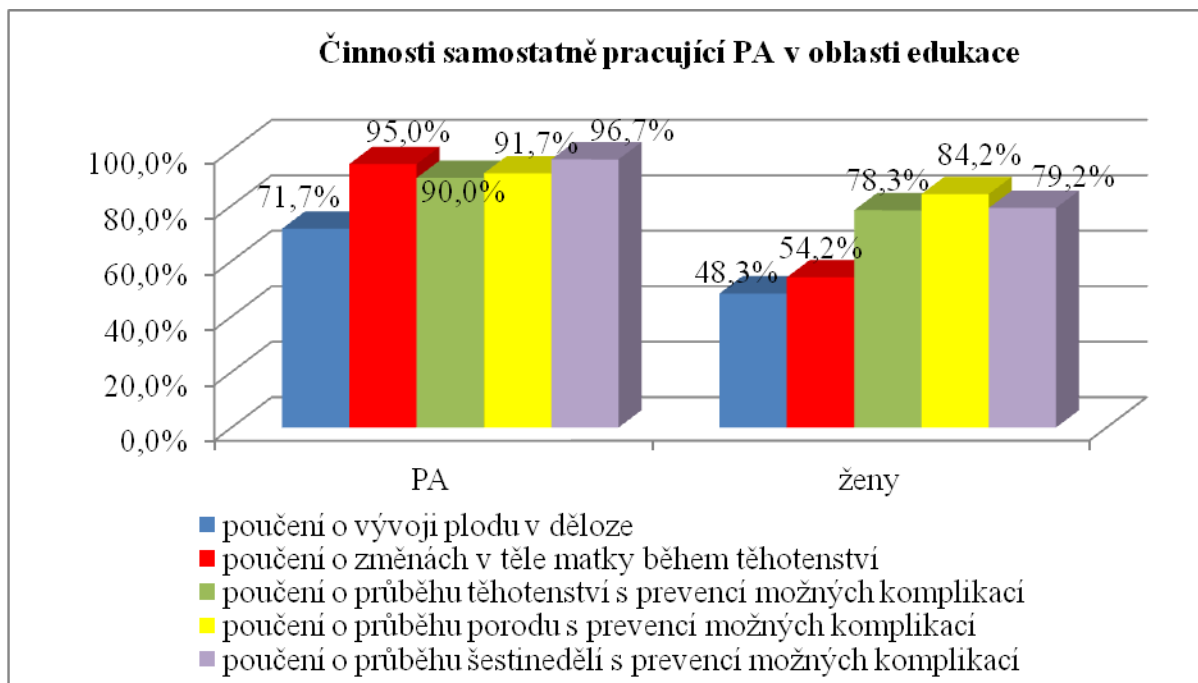
Graf 1



Další oblastí, ve které se může porodní asistentka realizovat, je edukace. Naším respondentkám jsme dali na výběr z několika. Výsledky výzkumného šetření u obou souborů byly dle našeho očekávání podobné. Jen poměrně velký rozdíl byl v pohledu na poučení o změnách v těle matky během těhotenství, rozdíl v zastoupení této možnosti činil u obou

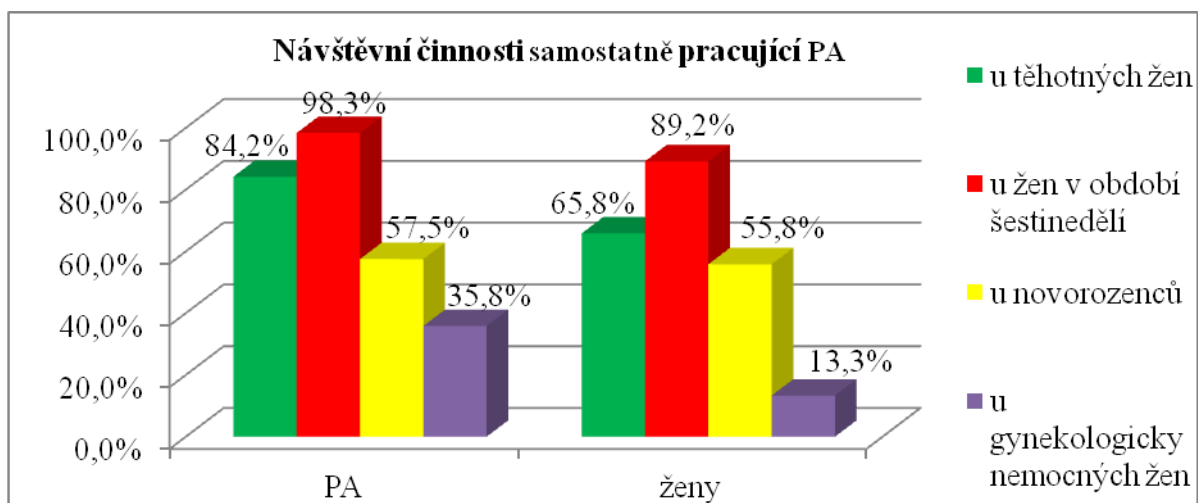
souborů respondentek takřka 40 %, kdy důležitost této edukace vidí více PA než ženy v reprodukčním období s dětmi do 3 let. Nebyl však nalezen statisticky významný rozdíl ($p=0,1383$). (Graf 2)

Graf 2



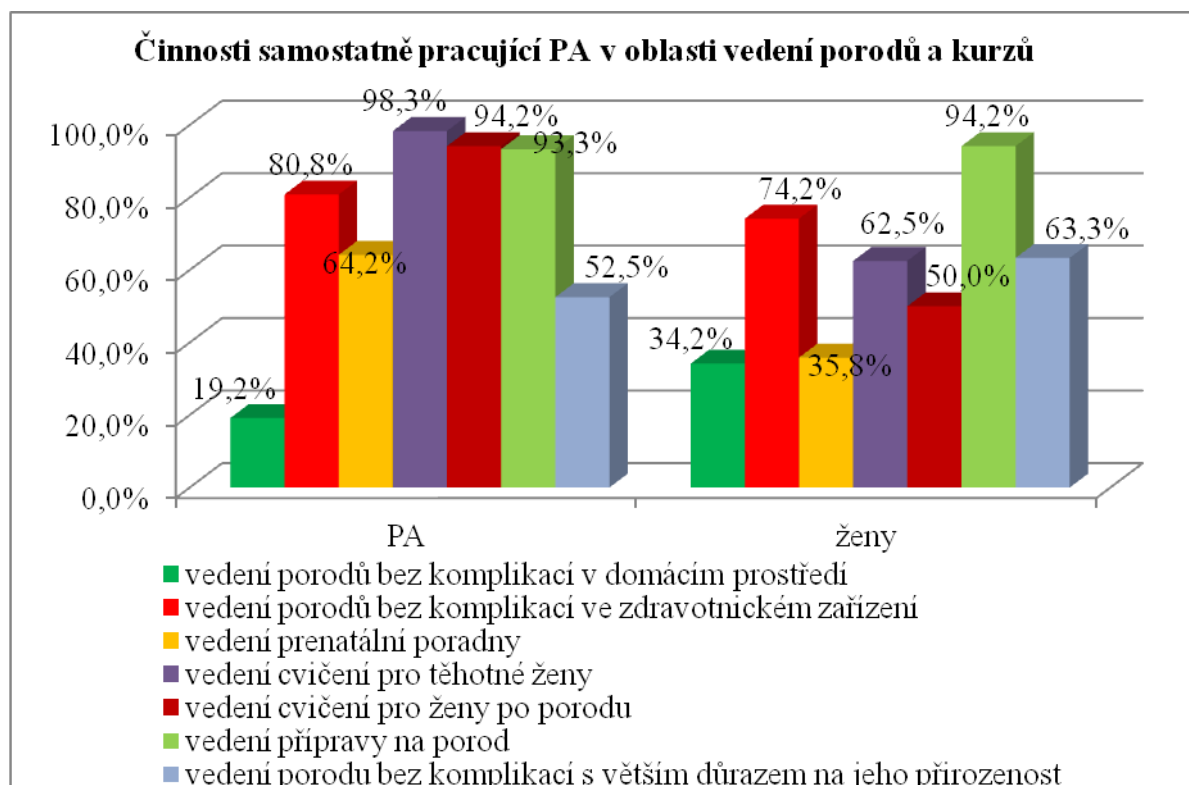
Zajímal nás i názor respondentek-PA a respondentek-žen na návštěvní činnost samostatně pracující PA. Největší zastoupení měla návštěvní činnost u žen v období šestinedělí (98,3 % PA, 89,2 % ženy), větší počet respondentek-PA označilo návštěvní činnost u těhotných žen a u gynekologicky nemocných žen. Příčinou by mohl být odbornější pohled na užitečnost této návštěvní činnosti. Zájem o návštěvní činnost u novorozenců viděly oba soubory respondentek takřka stejně. (Graf 3)

Graf 3



Z výsledků výzkumného šetření uvádíme pohled našich respondentek na vedení porodů a kurzů. Většinu respondentek-PA oslovilo vedení cvičení pro těhotné ženy (98,3 %), vedení cvičení ženy po porodu (94,2 %), vedení přípravy na porod (93,3 %) a vedení porodů bez komplikací ve zdravotním zařízení (80,8 %). Porody bez komplikací v domácím prostředí by vedlo pouze 19,2 % respondentek-PA. Více než polovina respondentek-PA (64,2 %) by ráda vedla prenatální poradnu, 52,5 % respondentek-PA by se zaměřilo na vedení porodu bez komplikací s důrazem na jeho přirozenost. Respondentky-ženy v reprodukčním období s dětmi do 3 let by u samostatně pracující porodní asistentky uvítaly vedení přípravy na porod (94,2 %), vedení cvičení pro těhotné ženy (62,5 %), vedení porodu bez komplikací ve zdravotnickém zařízení (74,2 %). 63,3 % respondentek-žen uvítalo vedení porodu bez komplikací s větším důrazem na jeho přirozenost. Polovina oslovených respondentek-žen (50,0 %) by využila u samostatně pracující PA nabídku cvičení po porodu. 34,2 % respondentek-žen by rodilo se samostatně pracující PA v domácím prostředí a 35,8 % by navštěvovalo prenatální poradnu vedenou samostatně pracující PA. (Graf 4)

Graf 4



Respondentky měly také možností svými slovy uvést další činnosti, které by u samostatně pracující PA uvítaly, či ve kterých by se rády realizovaly.

Oslovené PA napsaly, citují:

- doporučovat alternativní postupy, bylinky, masáže
- UZ
- babymasáže, organizované setkávání matek s kojenci (cvičení, diskuze)

- sledovat psychomotorický vývoj dítěte, návštěvní služba delší než po dobu šestinedělí, psychosomatika v gynekologii a porodnictví, problematika reprodukční medicíny, sexuální život ženy
- antikoncepce – hormonální ano nebo ne a proč
- psychická podpora
- na gynekologické ambulanci by mohla PA sama (bez přítomnosti lékaře) vyšetřovat těhotné - vyšetření moči, TK, subjektivně a zapsat do průkazky, podepsat se
- měla by mít možnost ordinovat některá léčiva na vlastní odpovědnost (tzn. bez lékaře)

Respondentky-ženy uvedly, citují:

- věnovat se ženě po celou dobu co je v nemocnici
- věnovat se pacientce při porodu a těsně před porodem
- akupunktura při porodu

Diskuze

Výsledky výzkumného šetření jsme srovnávali nejen s výzkumy na podobné téma již zpracovanými, ale také s informacemi získanými ze zahraničí. Čerpali jsme převážně ze zahraničních webů nabízejících služby v komunitní péči v porodní asistenci, ale také z osobních zkušeností (Uganda, UK). V mnoha zemích je komunitní péče v porodní asistenci rozšířena a plně funguje. V Pákistánu asi dvě třetiny žen rodí mimo zdravotnické zařízení. Proto za podpory společnosti UNICEF dochází ke kvalitnějšímu vzdělávání porodních asistentek, ty se po rigorózním 18ti měsíčním tréninkovém programu vrací do své provincie a pomáhají ženám během celého těhotenství, porodu i šestinedělí v komunitním prostředí. (www.unicef.org, 2010-11-08)

Komunitní péče v porodní asistenci v Ugandě není ve velké míře rozšířena, jelikož zde stále působí prvek – tradice, šamanové a s tím spojení i TBA (Traditional Birth Asistant). TBA jsou tradiční porodní asistentky, které ve většině případů nemají žádné zdravotnické vzdělání, čerpají jen ze svých zkušeností a ze zkušeností svých příbuzných, kteří je mnohdy do tohoto řemesla zasvětili. I tuto zemi však v dnešní době financuje a podporuje obrodu oboru porodní asistence Evropská unie. (www.midwiferytoday.com, 2011-01-13)

V kanadské Oshawě jsou porodní asistentky rozděleny do malých týmů. Klientky mají možnost se s porodní asistentkou setkávat během prenatální péče a znají porodní asistentku, která jim bude asistovat při porodu. Komunitní služba porodních asistentek v Oshawě pracuje 7 dní v týdnu a 24 hodin denně jsou na telefonu pro zodpovězení naléhavých otázek. (www.communitycaremidwives.com, 2010-11-04)

To, že v jiných státech komunitní péče v porodní asistenci funguje, je pro nás motivací a vede nás k osvětě a reformě momentální legislativy, která práci porodní asistentky v komunitním prostředí nepodporuje.

Výsledky výzkumného šetření v oblasti poradenské jsme srovnávali s *Hojdovou, Festovou (2009)*, s prací *Potřeba komunitní péče porodní asistentky v oblasti Domažlického okresu*. Výsledky obou šetření byly podobné. To nám dokazuje, že naše výsledky soustředěné na ženy

žijící na Moravě nejsou až tak zkrusleny a korespondují s názory klientek z Čech. (Hojdová, Festová, 2009, s. 57-59)

Z výsledků výzkumného šetření jsme zjistili, že pouze 27,5 % respondentek-žen si myslí, že by samostatně pracující PA měla poskytovat poradenství v plánování rodičovství. Toto tvrzení zastává celkem 74,2 % respondentek-PA. K podobným výsledkům u žen v reprodukčním období u možnosti poskytovat poradenství v plánování rodičovství došly i Lupíšková, Festová (2009) ve své práci *Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči*, kde se ve výzkumném šetření dotazovala žen na činnosti, jež by měla samostatně pracující PA vykonávat. Stejně jak v našem výzkumu označilo malé procento žen (ze 121 respondentek 19 %) poradenství v plánování rodičovství. (Lupíšková, Festová, 2009, s. 68)

Pohlédneme-li na zájem respondentek o cvičení v těhotenství, takřka všechny respondentky-PA 98,3 % si myslí, že by samostatně pracující PA měla nabízet cvičení pro těhotné ženy. Tuhle službu by však u samostatně pracující PA využilo pouze 62,5 % respondentek-žen. Srovnali jsme tyto výsledky s výzkumným šetřením Hojdové, Festové (2009) a došli ke zjištění, že ve výzkumném šetření Hojdové, Festové (2009) takřka všechny respondentky (ze 178 162) z Domažlicka souhlasí se cvičením pro těhotné ženy pod vedením samostatně pracující PA. Je zajímavé, že se tento výsledek v našem výzkumu shoduje s respondentkami-PA a ne s možnými klientkami. (Hojdová, Festová, 2009, s. 57)

Závěr

Cíl výzkumného šetření byl splněn. Byla zjištěna míra zájmu žen o poskytování péče porodní asistentkou v komunitním prostředí a zájem porodních asistentek o uplatnění se v komunitní péči. Většina respondentek-žen měla o služby PA zájem. Vyskytla se však i mírná nedůvěra a malá informovanost o kompetencích a působnosti PA. Respondentky mnohdy ani neměly představu, kde všude má porodní asistentka uplatnění a může pomoci. Respondentky-PA byly většinou se současným povoláním (v gynekologické ambulanci, u lůžka) spokojeny a o působení v komunitní péči nejevily velký zájem. Právě v komunitním prostředí nachází porodní asistentka široké uplatnění a skrze dnešní technicky rozvinutou společnost by komunikace mezi klientkou a porodní asistentkou neměla být problém. Každá porodní asistentka by si měla uvědomit své kompetence a funkce. Není to jen práce v ambulanci, na oddělení a porodním sále, ale mělo by být i její povinností poskytovat poradenskou a návštěvní službu, která úzce souvisí se službou terénní.

Je zapotřebí, aby si každá porodní asistentka uvědomila, jaké má kompetence a oprávnění, a k těmto oprávněním přistupovala zodpovědně. Ženy, klientky, by se neměly setkávat s benevolentními porodními asistentkami, které se smířily s podřízeností a vystupují spíše jako posluhující personál lékařů než jako jejich rovnocenní kolegyně. Naše výzkumné šetření potvrdilo, že osvěta profese porodní asistentka je zapotřebí a zaměřit se především na komunitní péči v tomto oboru je více než nutné. Klientky jsou mnohdy nedostatečně či mylně informovány a mohou se následně vystavovat zbytečným problémům a potížím.

Doporučení pro praxi

V rámci výzkumného šetření byl vytvořen edukační materiál - nástěnný plakát. Z výzkumného šetření vyplynula nedostatečná informovanost respondentek o profesi porodní asistentka jejich kompetencích. Plakát s názvem *Kdo je porodní asistentka?* je určený nejen ženám, potenciálním klientkám, ale i porodním asistentkám, zdravotnickému personálu a široké veřejnosti.

Uplatnění může nalézt v čekárnách gynekologických ambulancí, lůžkových oddělení nemocnice, v porodních zařízeních, rodinných a mateřských centrech a ve školách zaměřujících se na vzdělávání porodních asistentek. Především ve školských zařízeních může vést nejen k motivaci ke studiu, ale i k výběru odvětví, ve kterém by se potenciální studentka porodní asistence ráda realizovala.

Cílem plakátu bylo popsat činnosti porodní asistentky, zdůraznit její flexibilitu a dostupnost, práci v terénu. Porodní asistentka není jen zdravotnickým pracovníkem, ale i blízkou osobou klientky, která má za cíl jí pomoci zvládnout vše i po psychické stránce. Text plakátu se zaměřuje i na edukační a poradenskou službu, kterou by porodní asistentka měla poskytovat. Její funkcí je i prevence sociopatologických jevů, determinantů zdravého životního stylu a soužití v komunitě, rodině, které může porodní asistentka nalézt a pomoci je klientce odstranit. Najdou-li se sponzoři a finanční zdroje, bude plakát rozšířen do výše uvedených míst a povede k osvětě oboru Porodní asistentka a snad i zvýšení prestiže a důležitosti tohoto povolání.

Použitá literatura

- [1] GASKIN, M. I. 2010. *Zázrak porodu, Spiritual Midwifery*. 1. Vydání. One Woman Press, 2010. 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
- [2] HODJOVÁ, M., FESTOVÁ, A. 2009. *Potřeba komunitní péče porodní asistentky v oblasti Domažlického okresu*. bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 122 s.
- [3] LUPÍŠKOVÁ, Š., FESTOVÁ, A. 2009. *Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči v oblasti péče o zdraví v ČR*. diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009, 149 s.
- [4] COMMUNITY CARE MIDWIVES. [online]. [cit. 2010-11-04]. Dostupné na internetu: http://communitycaremidwives.com/?page_id=13
- [5] KŘEMENOVÁ, J., FREMLOVÁ, H. *Výuka komunitní péče v porodní asistenci*. [online]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné na internetu. <http://www.janakremenova.cz/index.php?x=clanky&p=clanky/vyuka-komunitni-pece>
- [6] MIDWIFERYTODAY. [online]. [cit. 2010-11-80]. Dostupné na internetu: <http://www.midwiferytoday.com/international/Uganda.asp>
- [7] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné na internetu: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html

[8] UNICEF. [online]. [cit. 2010-11-80]. Dostupné na internetu:
http://www.unicef.org/infobycountry/pakistan_53683.html

Adresy autorů

Mgr. Karolína Kutálková
Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnice 980
757 42 Valašské Meziříčí

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence
Třída Svobody 8
771 11 Olomouc

PROSOCIÁLNÍ A ETICKÝ ROZMĚR OSOBNOSTI SESTRY A POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Jana Kutnohorská¹, Igor Lomnický²

¹Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

²Filozofická fakulta, Univerzita Konstantína Filozofa v Nitře

Abstrakt

Prosociálnost se vždy projevuje v kontextu lidské důstojnosti a identity člověka. K osobnostní výbavě našeho vlastního „já“ by měla patřit schopnost přemýšlet o sobě, upevňovat své psychické jistoty, odpouštět, zvládat osobní prohry. Ten, kdo je schopný přijmout vlastní zranitelnost, má zkušenost pro sebe i pro druhé. Dokážeme prý dávat pouze tehdy, když si uvědomujeme své vlastní potřeby. Můžeme dávat, když víme, že máme co nabídnout. Pomocí sebeuvědomění, sebezpozorování lze lépe plánovat a také realizovat jednání s druhými lidmi a směr sebevýchovy a sebezdokonalení. Prosociálnost vytváří předpoklady k hledání cesty k lidské podstatě, která spočívá v přesahování sebe samého přes autentickou sociálnost.

Klíčová slova

Etika, důstojnost, identita, jednání, prosociálnost.

PROSOCIAL AND ETHICAL DIMENSIONS OF PERSONALITY NURSES AND HELPING PROFESSIONS

Abstract

Prosocial aspects always show itself in the context of human dignity and identity of a man. Our own „self“ should be equipped with the ability to think about ourselves, to strengthen our psychological certitudes, to forgive, to manage our personal defeats. Those who are able to accept their own vulnerability have an experience for themselves as well as for others. We are said to be able to give only when we realize our own needs. We can give when we know that we have something to offer. By means of self-realization, introspection it is possible to plan better and also to realize dealing with other people, and the direction of self-education and self-improvement. Prosocial aspects make presumptions of the search for the way into human identity, which consists in going beyond our very self through authentic social ability.

Key words

Ethics, dignity, identity, dealing, prosocial aspects.

Úvod

Sociální kontakt je jednou ze základních potřeb člověka. V odborné literatuře je pojem prosociálnost v různých modifikacích a významných konkretizacích etablovaný od 60. let 20. století. Teoretické souvislosti prosociálnosti rozvíjejí humanistické teorie a koncepce

především A.H.Maslowa³¹, C.R.Rogerse³² a dalších. Jestliže zdůrazňujeme v ošetrovatelství a v pomáhajících profesích holistický přístup k člověku, pak je prosociální chování významné a je úzce propojeno s aspekty mravně zralé osobnosti.

Východiska řešení problematiky

Mravnost a prosociálnost jsou navzájem propojené entity, které spolupůsobí na utváření mravní identity a integrity v nejhlubším prosociálním smyslu. Jen prosociálně a eticky zdatná osobnost má prosociální a etický přístup ke klientovi. Při konstituování osobnostního světa je důležité především etické porozumění vztahu osoby a osobnosti. Při formování osobnosti si musíme uvědomit, že osobnost se rodí ve vnitřním sebeuvědomění člověka, že je v něčem jiný jako ti druzí. Německý filozof Martin Buber řekl, že člověk se stává člověkem prostřednictvím druhých. Slovy filozofky N.Pelcové: *„Každý člověk se nějak projevuje. Vytváří si svět, ve kterém žije a zároveň tímto vztahem ke světu si vytváří vztah k sobě samému i k jiným lidem, vytváří společnost. Lidská práce je vědomou a účelnou činností. Člověk v práci uskutečňuje vědomý cíl, účel a pro jeho dosažení mobilizuje celý svůj fyzický, intelektový, volní potenciál. Práce tak ve svém nejpodstatnějším určení znamená „vlastní projev života“, způsob zviditelnění, v němž člověk realizuje své cíle, v němž vkládá do světa a do přírody své vlastní účely a záměry. Je to nejvlastnější způsob, jak si člověk osvojuje skutečnost. Práce je ve své podstatě prostorem lidského sebepotvrzování, lidské seberealizace.“*³³

Analýza problematiky

Osobnost jako organizovaný celek znamená, že složky, které ji utvářejí, neexistují v její výbavě izolovaně, ale ve vzájemné propojenosti a souvislosti. Chování a jednání člověka je výsledkem jejich součinnosti. Etika považuje za morální jednání, jímž se chrání a podporuje lidská důstojnost klienta. Pro pocit respektování důstojnosti člověka je velmi důležité respektovat i další principy, kterými jsou: úcta, autonomie, integrita, spravedlnost, prospěšnost a další entity.

Důstojnost

Důstojnost, anglicky dignity, se odvozuje od latinského dignus, což znamená cenu či hodnotu. Důstojnost je složitá entita. Chceme-li poskytovat služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat čas k pochopení toho, co to důstojnost vlastně je.³⁴ Umíme spíše říci, co je nedůstojné ale co je důstojné, či kde hranice lidské důstojnosti jsou, často jen tušíme

³¹ A.H.Maslow (1908-1970), americký psycholog, zakladatel humanistického proudu v psychologii, známý svou hierarchií potřeb člověka.

³² C.R.Rogers (1902-1978) Uplatňoval v psychologii kombinace empatie (vcítění), kongruence (shody) a reflexe (porozumění, účast na pacientově světě). Hlásil se k fenomenologii, rovněž byl ovlivněn [existencialistickou filosofií](#).

³³ Pelcová, 2010. s.194-195.

³⁴ Kalvach, 2004, s.12

a to na základě mravních principů, kulturních tradic, postoji k životu, k úctě člověka nebo na základě empatického chování.³⁵

V prosociálním chování má nejvýznamnější místo právě respektování lidské důstojnosti a identity člověka. Důstojnost je zpřítomňovaná forma individuálního sebehodnocení, sebeúcty a sebeuvědomění si vlastní hodnoty. Každá lidská bytost má mít v sobě vnitřní hranici vnímané akceptovatelnosti k sobě samému. Právo lidské důstojnosti musí být především právem svědomí každého člověka a tak se stává stabilním prvkem každého lidského vztahu. Respektování důstojnosti má nejen všeobecnou právní a mravní platnost, ale je etickým imperativem pro nezpochybňování sebe samého a neznevažování vlastní hodnoty, což je zároveň cestou k uznání jedinečnosti a originality druhého v celém komplexu jeho lidské důstojnosti. Každý člověk je jiný, každý člověk je hodnotou a zasluhuje si zvláštní pozornost, neboť je zdrojem originality v rovině bytí, má svoji integritu, ale také osobnostní, společenskou a kulturní identitu. Člověk je ve své vnitřní přirozenosti společenskou bytostí a bez vztahu k druhým, bez sociálního kontaktu nemůže ani žít, ani rozvíjet svůj lidský potenciál.

Pokud mají sestra a jiné pomáhající profese vykonávat svou práci na profesionální úrovni s respektem k holistickému pojetí člověka, měly by kromě teoretických znalostí, profesní zručnosti, dodržovat etické principy a chovat se prosociálně. Pojem „sociálně“ či „sociální“ má obvykle znamenat ve „společnosti nebo příslušející ke společnosti“, přičemž společnost je chápána jako autonomní zóna aktivity tvořená organizací lidských vztahů a interakcí s určitými danými pravidly. Současné chápání práce ve zdravotnictví, v sociální práci, zdravotně sociální práci a v ostatních pomáhajících profesích se vyznačuje důrazem na respekt k lidské důstojnosti jako základního lidského práva.

Omezení nebo posílení lidské důstojnosti se týká práv člověka, která jsou zakotvena jednak v Deklaraci lidských práv (OSN 1948) a jednak v etických kodexech vztahujících se ke konkrétní činnosti a ke konkrétnímu právu. Podstata důstojnosti lidské existence spočívá v tom, že člověkem majícím svobodu sebeurčení nesmí nikdo disponovat³⁶. Důstojnost je úcta k hodnotě lidské bytosti.

Úcta

Je to úcta k sobě samému a úcta k jiným lidem. Úctou k ostatním vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. Umět s druhým zacházet s úctou může být v praxi velmi obtížné. Neměli bychom klienta dezinformovat, vystavovat zbytečnému riziku, chovat se k němu lhostejně ani jej ponižovat.³⁷

Autonomie

Úcta k člověku je velmi úzce propojena s principem autonomie. Autonomie znamená svébytnost, nezávislost. Autonomní osoba je ta, která je schopna uvažovat o osobních cílech

³⁵ Svobodová, 2005, s. 328

³⁶ Rotter, 1999, s.25

³⁷ Kalvach, 2004, s. 19

a na základě takových úvah jednat. Každý jedinec je nejlepším strážcem svých zájmů, proto bychom ho měli zapojovat do rozhodování o sobě a o všem co se ho týká. Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle svých pravidel a představ. Člověk nabývá pocitu „zachování nezávislosti“, což je pro něj projevem důstojnosti: „Moje rozhodnutí jsou moje a já si nesu za ně odpovědnost.“ Svoboda rozhodování patří k hlavním zdrojům lidské důstojnosti. Zásada důstojnosti se ovšem vztahuje i na lidi, kteří již nejsou schopni vlastního rozhodnutí.

Potřeba uznání

Důležitost uznání se modifikuje a posiluje porozuměním integrity, která se objevuje s ideálem autenticity.

Spravedlnost (Ekvita)

Každý člověk má právo na spravedlivé zacházení, které znamená: nezaujaté zacházení, dostupnost odborné pomoci, podání informací, zdvořilý a uctivý přístup, právo na soukromí, důvěrnost, ochranu údajů, zachování anonymity.

Prospěšnost (Beneficence)

Jde o ochranu subjektu před fyzickým a psychickým poškozením, ochranu před nátlakem nebo zneužitím. Prospěšnost zahrnuje maximalizaci prospěchu a minimalizaci škod. Tento etický princip požaduje, aby rizika byla ve vztahu k očekávanému prospěchu ospravedlnitelná.

Společné dobro

Společné dobro je souhrn společenských podmínek, které umožňují a napomáhají dokonalému rozvoji lidské osobnosti a všech jednotlivců. Závislost lidí navzájem a povinnost vzájemně spolupracovat se zrcadlí ve spojitosti mezi všeobecným (společným) dobrem a dobrem jedince. Subjektem společného dobra je společenství: rodina, skupina, jednotlivec – člověk. Princip společného dobra spočívá v tom, že toto společné dobro je nejvyšším zákonem společnosti, protože zdůvodňuje společenskou autoritu, zavazuje členy společnosti a určuje zásadu jeho přednosti před dobrem jednotlivců. Společné dobro je základní zárukou sociální spravedlnosti, stojí nad dobrem jednotlivce, není však možné jej odloučit od dobra osob. Dobro jednotlivce v sobě zahrnuje celého člověka s jeho materiálními i duchovními potřebami. Společné dobro se také definuje jako „*souhrn podmínek společenského života, v nichž mohou jednotlivci, rodiny i sdružení plněji a snadněji dosáhnout dokonalosti.*“³⁸

Výčet etických principů, které posilují prosociálnost lze dále rozšiřovat. Lze zde zahrnout i dovednosti efektivní komunikace jako je naslouchání a empatie. Je nutno zdůraznit, že etika a prosociálnost jsou vzájemně propojené a nemohou existovat nezávisle, ale jen ve vzájemné integritě.

³⁸ Vargaš, 2011 [online].

Závěr

V prosociálním chování je třeba vyzvednout zkušenost. Jen zralá, zkušená osobnost s etickou výbavou může být empatická. Význam zkušenosti z hlediska prosociálnosti tkví v tom, že obsahuje zážitek a proto jen člověk, který něco zažil, umí zainteresovaně a velmi věcně posoudit hodnotu toho, co dělá. Není těžké přesvědčit někoho, aby se choval prosociálně, ale teprve až sám zažije radost z dobrého skutku, který vykonal, pochopí jak je pro jeho vlastní život důležité, aby pomáhal druhým.

Doporučení pro praxi

Společnost na začátku 21. století je nazývána společností egoistickou a právě prosociální chování je v pomáhajících službách imperativem, jak egoismu předcházet. Prosociální chování zvyšuje identitu člověka a jak bylo řečeno na počátku, dávat může jen ten, kdo má, co nabídnout. To by měl mít na mysli každý pedagog při výchově profesionálů v pomáhajících profesích. To by měl mít na mysli, každý professional při výkonu svého povolání.

Použitá literatura

- [1] KALVACH, Z.(ed). 2004. *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů – projekt Paliativní péče v ČR. [Online]. [cit. 2008-09-17]. Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000502.pdf>>
- [2] PELCOVÁ, N. 2010. *Vzorce lidství. Filosofické základy pedagogické antropologie*. s. 194-195. Praha: Portál. ISBN 978-80-7364-756-5
- [3] ROTTER, H. 1999. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad ISBN 80-7021-302-7
- [4] SAPÍK, M. 2007. *Kapitoly z filosofie, dějin filosofie a antropologie*. Praha: Univerzita J.A.Komenského. ISBN 978-80-86723-33-4
- [5] SVOBODOVÁ, H. 2005. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči. In: 29. Brněnské onkologické dny a 19. Konference pro sestry a laboranty. Edukační sborník. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 80-86793-05-2
- [6] VARGAŠ, Š. *Sociálne princípy* [online]. [cit. 2011-06-02] Dostupný na WWW: <http://www.valdner.com/school_public/>.

Adresy autorů

Jana Kutnohorská, doc. PhDr., CSc.
Ústav aplikovaných společenských věd
Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
E-mail: Kutnohorska@fhs.utb.cz

Igor Lomnický, doc. PaedDr., Ph.D.
Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky
Filozofická fakulta
Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra
E-mail: ilomnický@ukf.sk

OBJECTIVIZATION OF THE STRESSFUL SITUATION IN DEVELOPMENT OF PEDAGOGICAL AND EDUCATIONAL PROCESS BY EXAMINATION OF THE AUTONOMOUS NERVOUS SYSTEM BY SPECTRAL ANALYSIS

Anton Lacko^{1,2}, Jaromír Tupý^{1,2}, Lucia Lacková, Ján Straka², Roman Podoba²

¹Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health

²Central Military Hospital SNP-FH Ružomberok

Foreword

The entire human body is constantly exposed to a complex impulse fields. Human being had developed various defence mechanisms in order to shield a human body against negative influences of environment. Under physiological specific and non-specific conditions, defence and adaptation mechanism reacts towards harming signals appropriately which ensures optimal regime of the life processes in a human body (homeostasis of the human body). Under pathological conditions these mechanisms not only get activated but often fail and then the human body becomes vulnerable to environmental influence. Maintaining of homeostasis is highly dynamic process in which a human body promptly reacts to environmental changes in all times.

The constant incidental increase of the so called civilization stress (mental and psychic) triggered by inability to adapt oneself to a new social conditions and changes in a human thinking or changes in a traditional life style. Seriousness of the pathological consequences depends not only on the personal structure of the personality but also on an importance of the stressful situation.

STRESS AND PEDAGOGICAL EDUCATIONAL PROCESS

External influences as well as internal body state, determines criteria for the overall well-being (also depends on genetic predisposition). These facts have an influence on particular activities of human being. This also includes a pedagogical process. Pedagogy is an inseparable part of each social activity. The gradual collection of information had a need to pass on guidance where education and guidance received a new organised form. This task is fulfilled by pedagogy as a science on nurturing. Just the same as a stressful situation could contribute to the development of some diseases, could as well influence in a negative way a level of educational and pedagogical process. Such stressful situation could also be stress trigger, such as demanding study material evaluation of students etc. The negative influence of stress also decreases a level of pedagogical and educational process and could contribute to a majority of student diseases as well as the teachers (1).

BASIC CHARACTERISTICS OF STRESS

The stress is a psycho-physiological reaction of the human body on external and internal burden. The burden factor is called a stressor. Under the influence of stress the system of defence and reparation is mobilized in order to survive a stressful situation. When a difficult situation arises, the whole complex factors in a human body stimulate brain into an emergency position. This often triggers a production of stress hormones (adrenaline and non-adrenaline) and due to this fact the human body mainly fails under the influence of sympathetic nervous system. The consequences either positively activate the human body and are beneficial to health (eustress) or become a long-lasting burden and represent damage to the human body (distress). People suffering from the chronic stress have to face a long-term burden in a social – emotional area (2).

AUTONOMOUS NERVOUS SYSTEM

Stress represents has influence on the autonomous nervous system and its function. ANS is a part of a nervous system, which could be influenced by a will. It governs autonomous function of the human body and stabilizes the internal homeostasis by regulation of soft muscle cells action, cells of hard muscle, endocrinological glands and cells of particular organs etc.

The activity of ANS is transformed to centrifugal signals, which are mediated by centrifugal tracts, especially by sympathics and parasympatics. There is a harmony between these two. The influence of stress will interrupt this balance and activation part of ANS will start prevail (the dominance of the sympathics and a gradual decrease of the parasympatics).

OBJECTIVISATION OF DEVELOPMENT OF A STRESSFUL SITUATION

The very problem of stress has become nowadays in psychological clinical medicine and pedagogical practise, the centre of attention (3, 4). The evaluation of stress in relation to the whole physical activity or relation between a teacher and a student are being monitored in consequence between a different kind of personality behaviour factors, particular physiological coefficients (cognitive function, metabolic changes etc.)

The role of “positive” and “negative” into ontogenesis of the human being is being evaluated and we are looking for solutions, that would help to prevent negative influences on human being (origin of so called civil or psychosomatic diseases).

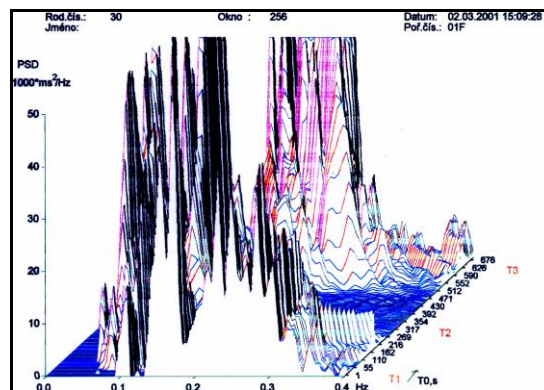
The classic psychological approach to the stress evaluation has a number of restrictions. The reliability of psychological questionnaire methods uses as a foundation subjective data based on examination of participants influenced by a number of factors (defence mechanisms, reluctance, decreased ability of a self-reflex ion etc.) and it doesn't have to be sufficiently high. We also tend to forget the fact that seemingly equal impulse may represent for various people significantly different level of burden in different situations could have a different meaning for the same person. The artificial situation doesn't have to be adequate to people's behaviour in an actual situation. Considering this fact we feel a need for the search of new more reliable diagnostic methods and procedures with help of which we can acquire

a complex idea about a stress influence on the human being and predict more sensitively the level of risk that he is exposed to (5).

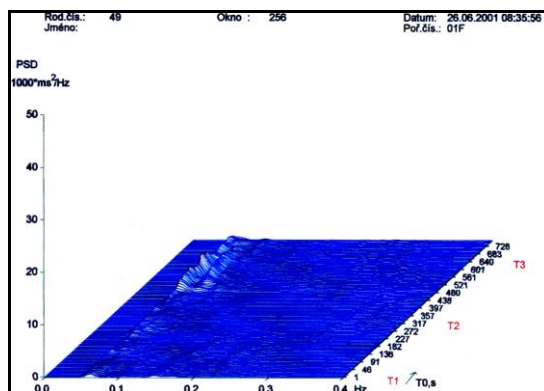
Sensitive indicator of the stress influences on our bodies would be an affect of the autonomous regulation of the heart function statement of which is variability of the heart function (VHF). The sensitive indicator of the autonomous nervous system (sympatics and parasympatics) is the heart frequency. The influence on development of heart excitement (in so called sinus knot) by sympatics and parasympatics is being detected as VHF (so called variability of R-R intervals of ECG). VHF could be examined by the method of spectral analysis. This method is sensitive enough to detect all stress related changes in the circular system, significantly influenced by actual state of the autonomous nervous system ANS (6).

CHARACTERISTIC METHOD OF THE SPECTRAL ANALYSIS

The method of spectral analysis enables allocation of variability of heart frequency (gradual row in R-R intervals 300-900 of the ECG using fast Fourier's transformation) to a component influenced by parasympatics (so called a respiration peak with a high frequency in a spectrum 0,15 – 0,5 Hz) and a component in which a sympatics plays a role (peaks in a low in spectrum 0,05 – 0,14 Hz). This is a configuration of R-R ECG intervals to sinusoids according the frequency and a power of spectrum (6, 7, 8). We have used a microcomputer system for this particular examination, determined for telemetric non-invasive examination of VHF, type VariaCardio TF4 from Sima Media Olomouc (pictures 1, 2).



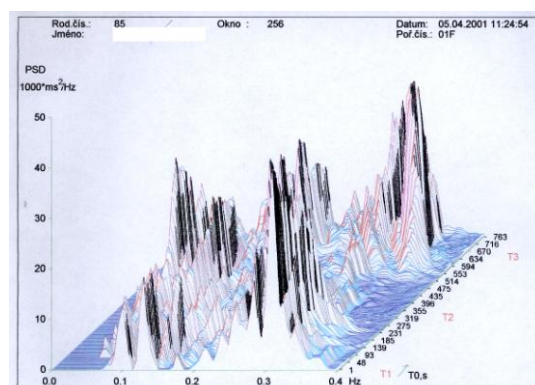
Picture 1. An example of the ordinary diagnosis VHF by spectral analysis. Ordinary healthy individual shows high VHF under the influence of sympatics activity.



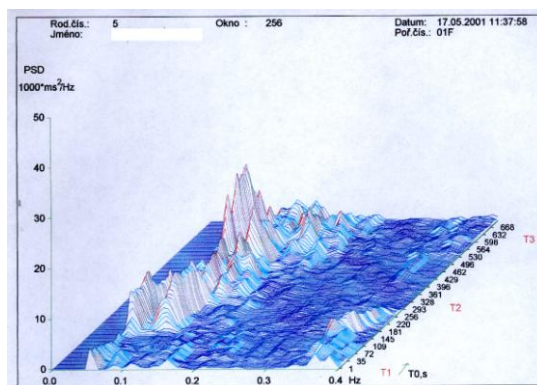
Picture 2. An example of the pathological diagnosis of VHF by spectral analysis in an individual with disease where the lowest oscillation figures dominate (0, 03 Hz) with a low density (PSD) which proves dominants of sympatics and vagus dysfunction.

Decrease in the amplitude of respirator oscillation of the heart frequency or its complete disappearance proves decrease in an activity of the parasympatics. Reduction in amplitude of oscillation of the heart frequency of a low frequency or their disappearance refers to the decreased activity of sympatics (7).

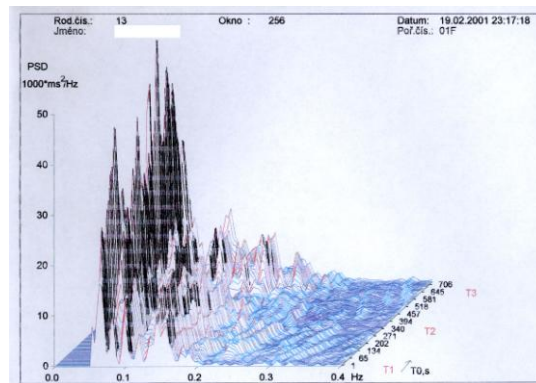
While examining VHF while under a heavy stressful situation we monitor the decrease in para-sympatics activity and a superiority of sympatics (pictures 3,4,5,6).



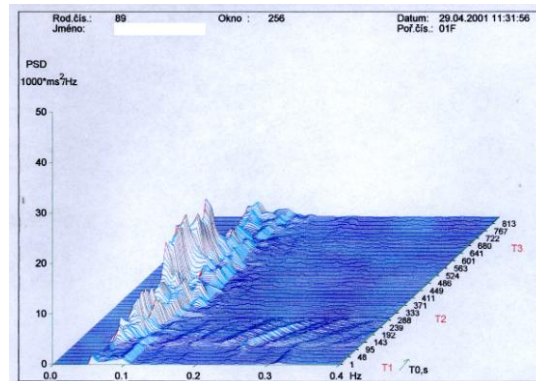
Picture 3. VHF examined by spectral analysis in student under relaxed conditions



Picture 4. VHF examined by spectral analysis in student during examination



Picture 5. Regular VHF examined by spectral analysis in teacher



Picture 6. Altered VHF examined by spectral analysis in teacher (view of chronic stress)

CONCLUSION

Examination of the heart frequency variability by the spectral analysis points out to an actual condition (under stress) of the autonomous nervous system. The psychodiagnostic personal questionnaires ascertain a particular stable feature in personality structure. The usage of these psychological methods together with an examination of VHF by spectral analysis seems to be an appropriate combination of mutually supplementing examining methods exploited in a medical, psychological and pedagogical practise. Exploitation is also possible in a routine practise.

REFERENCES

- [1] MRAVEC B. 2011. Stress and Homeostasis. Bratislava, SAP, 2011, p.332.
- [2] ATKINSONOVA RL, ATKINSON RC, SMITH EE, BEM DS, HOEKSEMA SN. 2003. Psychology. Praha, Victoria Publishing, 2003, p.826.
- [3] KVETŇANSKÝ R, SABBAN EL, PALKOVIT SM. 2009. Catecholaminergic systems in stress: structural and molecular genetic approaches. *Physiol. Rev.* 2009, 89, p. 535-606.
- [4] ZIKMUND, V. 2000. Health and homeostasis. In: *Homeostasis 2000*, p. 109-113.

- [5] ŠIŠKA E, OPAVSKÝ J. et al. 1998. The influence of the experimental stress on autonomous regulation of the human body. In: Czechoslovak psychology 42, 1998, No. 4, p. 224-265.
- [6] OPAVSKÝ J, SALINGER J. et al. 1995. Examining methods of the autonomous nervous system function - A list of purposes for clinic practise. In: Non-invasive cardiology. 1995, No. 3, p. 139-153.
- [7] OPAVSKÝ J. 2002. Autonomous nervous system and Diabetic autonomous neuropathy. Praha, Galén, 2002, p. 303.
- [8] LACKO, A., BESTVINA, D., KVETENSKÝ, J. et al. 2001 A new diagnostics of autonomous neuropathy by spectral analysis. Medicina militaris Slovaca 3, 2001, 2. p. 8-12.

HOSPICOVÁ PÉČE O POZŮSTALÉ

Marie Lazárková¹, Marie Macková²

¹SZŠ a VOŠZ Znojmo

²Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Abstrakt

Příspěvek se věnuje formám pomoci rodinným příslušníkům, jejichž blízký zemřel v hospici. Byly ověřovány faktory ovlivňující potřebu kontaktu pozůstalého se členy hospicového týmu a faktory ovlivňující účast pozůstalých na vzpomínkových programech. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace o názorech pozůstalých na služby, které jim byly ze strany hospice v době truchlení poskytnuty.

Klíčová slova

Hospicová péče, poradentví pro pozůstalé, truchlení.

THE HOSPICE CARE ABOUT BEREAVED

Abstract

The papers deals with formel of assistance to family members, whose loved one died in the hospice. Further are examined factors affecting contacts bereaved with members of the hospice team and participation on the memorial programs for bereaved. Analysis and interpretation of collected data provides information about bereaved views on counseling service which offered the hospice at the time of mourning.

Key words

Hospice care, counselling for bereaved, mourning.

Úvod

Hospic je moderním zdravotnickým zařízením poskytujícím léčbu nevléčitelně nemocným lidem, u nichž je indikována léčba symptomatická neboli paliativní. Cílem této léčby je mírnit příznaky, které průběh nemoci zhoršují. Po úmrtí nabízí hospice i péči pozůstalým.

Východiska řešení problematiky

Smrt blízkého člověka patří k nejtěžším ztrátám v životě člověka. Pozůstalí při ztrátě blízkého člověka prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštěni, zoufalí a bezmocní. Mají pocit, že život ztratil smysl (Špatenková, 2004, s.69). Rodiny, které mají svého blízkého v hospicové péči, jsou obvykle informovány o špatné prognóze onemocnění a na ztrátu jsou připravovány. Přesto je smrt bolestnou zkušeností. Intenzita bolesti závisí na vztahu k zesnulému, nejintenzivnější bolest lidé zažívají při ztrátě životního partnera nebo dětí.

Období zármutku prožívá každý individuálně. Jinak truchlí ženy, jinak muži, jinak dospívající a jinak malé děti. Někteří pozůstalí mají snahu projevy zármutku potlačit, avšak lépe a rychleji projdou obdobím truchlení lidé, kteří se projevům zármutku nebrání (Parkes, 2007, s. 137 – 139). Truchlení lze popsat jako proces, který má několik fází. V odborné literatuře existuje nejednotnost v názoru, kolik těchto fází je. Kastová (2010) popisuje čtyři fáze truchlení : popření, fáze propukajících emocí, fáze sebenalézání a odpoutávání se a konečně fáze přiblížení se světu a zbavení bolesti zármutku.

V hospicích bývá zvykem provázet pozůstalé během prvního roku po úmrtí. Během tohoto období si rodina připomíná všechna důležitá výročí, při nichž se může zármutek intenzivněji projevit – první Vánoce bez milované osoby, výročí jejich narozenin a výročí úmrtí. U mnohých pozůstalých je však období zármutku delší.

Truchlení můžeme dělit na nekomlikované a komplikované (Bor, Watts, 2006, s. 210 - 265). Nekomlikované truchlení je normální reakcí na ztrátu blízkého člověka. Komplikované truchlení je abnormální zármutek po smrti milované osoby.

Podpora truchlící rodiny může nabývat mnoha podob. Podpora může být laická, profesionální nebo ze strany církve. Ovšem smutek není nemoc a proto by pomoc neměla být nabízena rutinně. Většina rodin se na ztrátu adaptuje sama. Kissane (2007, s. 570) do podpory pozůstalých zahrnuje účast na pohřbu, vyjádření soustrasti, nabídku příruček o zármutku, následné návštěvy pozůstalých a vzpomínkové akce během roku.

Cíle

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit názory pozůstalých na služby, které poskytuje hospic pozůstalým po úmrtí jejich blízkého. Dále bylo zjišťováno faktory ovlivňující potřebu kontaktu pozůstalého se členy hospicového týmu a faktory ovlivňující účast pozůstalých na vzpomínkových programech.

Soubor a metody

Výzkumný soubor tvořilo 214 pozůstalých. Vstupním kritériem byl respondent, kterému zemřel jeho blízký v hospici, od úmrtí uběhl minimálně 1 rok a respondent souhlasil s účastí na výzkumu. Data byla sbírána pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 27 uzavřených otázek. Sběr dat probíhal od března 2010 do listopadu 2011. Získaná data byla kódována pomocí programu Excel, statistické výpočty byly provedeny programem Statistica, verze 10.0. Pro vyhodnocení odpovědí byl použit Pearsonův chí-kvadrát test, hodnocený na 5% hladině významnosti.

Výsledky

Mezi oslovenými pozůstalými byla nejčastěji zastoupena věková kategorie 50 – 69 let. Co se týče skladby respondentů podle pohlaví, převažovaly ženy. Dle rodinného stavu respondentů byli nejčastěji zastoupeni lidé žijící v manželství a lidé ovdovělí. O životního partnera přišlo v hospici 38 % pozůstalých, u ostatních to byly většinou rodiče.

U vybraných sociodemografických faktorů (věk, pohlaví, rodinný stav, osamělost pozůstalých, velikost rodiny a hospitalizace životního partnera v hospici) bylo zjištěno, že

nemají vliv na potřebu kontaktu pozůstalého s personálem hospice. Co se týče účasti na vzpomínkových setkáních, byla potvrzena závislost mezi ubytováním rodinného příslušníka na pokoji s nemocným během hospitalizace a následné účasti na vzpomínkových setkáních ($p=0,002$) a dále byla potvrzena závislost mezi vírou pozůstalého a účastí na vzpomínkových setkáních ($p=0,000$). Délka pobytu v hospici ani vzdálenost bydliště pozůstalého od hospice nemají vliv na účastí pozůstalých na vzpomínkových programech pořádaných hospicem.

Všichni respondenti uvedli, že byly s poskytovanými službami hospice pro pozůstalé spokojeni.

Diskuze

Ačkoli nebyla zjištěna závislost mezi potřebou kontaktu pozůstalého s personálem hospice a ztrátou životního partnera, lze přesto pozorovat tendence těchto pozůstalých personál hospice navštěvovat častěji než ostatní pozůstalí. V praxi hospiců se často stává, že pozůstalý manžel či manželka přijíždějí navštívit členy ošetřujícího týmu poté, co obdrží pohlednici po měsíci od úmrtí člena rodiny. Často přijíždí v doprovodu svých dětí i širší rodiny, chtějí znovu vidět personál, který byl u posledních okamžiků života jejich manžela či manželky. Dle Parkese (2007, s.117) zejména v prvních třech týdnech po úmrtí je pro pozůstalé důležitá podpora ze strany stejných lidí, kteří se o rodinu i pacienta starali před jeho smrtí, tj. personál hospice.

Za nejtěžší období označilo 33 % respondentů první rok po úmrtí. 25 % respondentů označilo jako těžké období delší než 1 rok. U těchto pozůstalých by již bylo vhodné nabídnout odborné poradenství pro pozůstalé, neboť se může jednat o komplikované truchlení.

Závěr

Hospicové hnutí má za sebou v České republice 15 let. Zatímco péče o umírající se pomalu dostává do podvědomí veřejnosti, péče o pozůstalé je stále na okraji zájmu. Ne všechny hospice tuto péči poskytují. V hospicích, které tuto péči poskytují, je tato péče obvykle omezena na okamžiky bezprostředně po smrti, kontakt po určité době po úmrtí, bohoslužbu za zemřelé a vzpomínkové setkání, na než bývají pozůstalí pozváni. Systematická individuální péče formou poradenství pro pozůstalé není v současné době českými hospici nabízena.

Doporučení pro praxi

Dle našeho názoru by bylo v tomto směru přínosem vzdělávání hospicového týmu v komunikaci s pozůstalými, seznámení s procesem prožívání zármutku, schopností vyhodnocovat rizikové faktory patologického truchlení apod.

K zajištění dostatečné péče by bylo vhodné v rámci hospiců zřídit poradnu pro pozůstalé, v níž by poskytovali pomoc a poradenství odborní poradci.

Použitá literatura

- [1] BOR, R., WATTS, M. 2006. *The Trainee Handbook. A Guide for Counselling and Psychotherapy Trainees*. 2 vyd. London: Sage Publications Ltd., 2006. 323 s. ISBN 10-1-4129-2031-0.

- [2] KASTOVÁ, V.2010. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
- [3] KISSANE, D. 2007. Podpůrné služby pro pozůstalé. In PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. a INGLETONOVÁ, Ch. *Principy a praxe paliativní péče*.1.vyd. Brno: 2007. 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1. s.568-584.
- [4] KUBÍČKOVÁ, N. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*.1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 268 s. ISBN 80-85866-82-X.
- [5] PARKES, C. a kol.2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*.1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.184 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [6] ŠPATENKOVÁ, N.2004. *Krizová intervence pro praxi*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

Adresy autorů

Mgr. Marie Lazárková
SZŠ a VOŠZ Znojmo
Jana Palacha 8
669 33 Znojmo
e-mail: lazarkova@post.cz

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW
Katedra ošetrovatelství, LF MU
Kamenice 3
625 00 Brno
e-mail: mackova@med.muni.cz

INTERMITENTNÁ KATETRIZÁCIA V MANAŽMENTE NEUROGÉNNÉHO MOČOVÉHO MECHÚRA U PACIENTOV S MIEŠNYMI LÉZIAMI

Mária Lehotská¹, Jana Mihalovičová²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

²Národné rehabilitačné centrum Kováčová

Abstrakt

Úvod: Príspevok poukazuje na efektívnosť využitia minimálne invazívnej techniky čistej intermitentnej katetrizácie (Clean Intermittent Cathetrisation) ako jednej z možností derivácie moču u pacientov s miešnymi léziami.

Súbor a metódy: Prieskum uskutočnený metódou dotazníka. Súbor tvorili pacienti po traumatických miešnych léziách.

Ciele: Zistiť mieru využívania techniky čistej intermitentnej katetrizácie (CIC) u pacientov s miešnymi léziami. Porovnať výskyt komplikácií pri využívaní CIC techniky a iných možností derivácie moču.

Výsledky: U pacientov, ktorí využívajú techniku CIC bola zistená podstatne nižšia miera komplikácií (predovšetkým uroinfektov). Využívanie techniky CIC je však limitované predovšetkým zvyklosťami a zaužívanými postupmi na oddeleniach a často krát aj odbornou nepripravenosťou zdravotníkov.

Kľúčové slová

Čistá intermitentná katetrizácia, derivácia moču, neurogénny močový mechúr, úrazy miechy, paraplégia.

Abstract

Introduction: My conference paper refers to efficiency use of minimal invasive technique of clean intermittent cathetrisation as one of possibilities of derivation of urine for the patients with spinal cord lesias.

Data Set and Method: Survay was realized by questionnaire method. Data set was form from the patients after traumatic spinal cord lesias.

Aims: To determine use rate of clean intermittent cathetrisation (CIC). To compare occurrence of complication in the case of using of CIC technique and in the cases of other possibilities of derivation of urine.

Results: In the data set of patients using CIC was discovered significantly lower occurrence of complication (mostly uro-infections). Using of CIC technique is limited by traditions and work habits at the wards, but also by insufficient professional skill of health care professionals.

Key words

Clean intermittent catheterisation, derivation of urine, neurogenic urinary bladder, spinal cord injury, paraplegy.

Čistá intermitentná katetrizácia (Clean Intermittent Cathetrization, CIC) a autokatetrizácia (Self-Cathetrization, ISC) predstavujú techniky derivácie moču, ktoré sa využívajú v liečbe neurogénneho močového mechúra už 40 rokov, pričom v krajinách Európskej únie len asi posledných 10 -15 rokov.

Po prvý krát bola metóda spopularizovaná Lapidom (1972) a predstavovala značný pokrok v manažmente neurogénneho močového mechúra, ale aj iných dysfunkcií dolných močových ciest (Dastur, 1999).

Hlavným dôvodom jej zavedenia bola snaha o zníženie výskytu najčastejšej komplikácie trvalej katetrizácie – uroinfektu. Z literatúry je známy fakt, že pri trvale zavedenom transuretrálnom katétre, zhruba po štyroch týždňoch, je výskyt uroinfektu 100%-ný. Najčastejšími pôvodcami sú črevné baktérie, tieto sú časom takmer bez výnimky polyrezistentné (Oltus, 2006).

Čistá intermitentná katetrizácia predstavuje minimálne invazívny prístup k úprave sfinkterových dysfunkcií. Považujeme ju za efektívnu techniku derivácie moču predovšetkým u pacientov s miešnymi léziami (jej indikácie sú však oveľa širšie: kongenitálne, zápalové a nádorové miešne lézie, stavy po radikálnych panvových operáciách, obštrukcia DMC, psychicky a medikamentózne podmienená retencia moču a pod.). Preto, že prognóza a kvalita života pacientov s miešnymi léziami v mnohom závisí od spôsobu derivácie moču a zvládnutia urologických komplikácií.

Potreba riešenia urologických komplikácií a vôbec zvládnutia derivácie moču u týchto pacientov sa ukazuje ako prioritná predovšetkým v post akútnej a dlhodobej starostlivosti o pacientov s miešnymi léziami. Samotní pacienti pokladajú efektívny spôsob derivácie moču za najdôležitejší faktor, ktorý môže prispieť ku zvýšeniu kvality života, a to nezávisle od kultúrneho kontextu. Loo, et al. (2010) sledovali u 453 pacientov v dlhodobej starostlivosti (priemer 13 rokov od úrazu) prioritáciu potrieb za posledných 12 mesiacov. Zo sledovaných 26 oblastí, predstavovala regulácia vyprázdňovania močového mechúra najvyššie skóre. K podobným výsledkom dospeli viacerí autori vo svojich štúdiách uskutočnených po celom svete (Mans, 2001, Neal et al., 1993, Woodbury, et al., 2008, Newman, Willson, 2011....).

V súčasnosti sa upúšťa od triggerovania a reflexného dráždenia mechúra, z dôvodu pomerene častých komplikácií v podobe uroinfekcií (následne aj poškodenia renálnych funkcií) v dôsledku nedostatočného vyprázdnenia močového mechúra (reziduum väčšie ako 75 ml), ale aj možnosti poškodenia uretrálnych sfinkterov a ruptúry močového mechúra (Malý, 2005, Newman, Willson, 2011).

Za podstatne efektívnejší spôsob sa považuje využitie čistej intermitentnej katetrizácie, ktorá predstavuje: “úplné vyprázdnenie močového mechúra pri nízkom tlaku cez cievku zavedenú per vias naturales, alebo cez stomiu“ (Lapides, 1972 in Svitač, 2008).

Intermitentná katetrizácia predstavuje v súčasnosti najefektívnejšiu techniku derivácie moču u danej skupiny pacientov a od čias jej zavedenia sa výskyt komplikácií ešte znížil, a to predovšetkým zdokonalením techniky a materiálov (v minulosti sa používali bežné katétre, dnes sú už hydrofilizované).

Hoci intermitentná katetrizácia predstavuje preferovanú metódu, môže byť spojená s komplikáciami uretrálnymi (uretritída, striktúra) skrotálnymi (epididimitis), poprípade cystolitiázou (Newman, Willson, 2011, Svitač, 2008). Výskyt uvedených komplikácií v porovnaní s inými metódami derivácie moču je výrazne nižší a k ich minimalizácii prispieva aj dobrá edukácia a compliance pacienta (pri autokatetrizácii) ako aj atraumatická technika výkonu (Wyndaele, 2002).

Eliminovať prípadné komplikácie využívaných metód umožní aj tzv. škandinávsky model, preferovaný v severských krajinách – Dánsko, Švédsko, Fínsko. Tento model sa začal uplatňovať už aj na Slovensku.

Súbor a metódy

Prieskum bol uskutočnený metódou dotazníka. Prieskumný súbor tvorili pacienti (50) po traumatických miešnych léziách (spinálna jednotka A, B, C, D v Národnom rehabilitačnom centre Kováčová, Domov sociálnych služieb pre telesne postihnutých Zvolen, členovia združenia Aktívny vozík). Výber respondentov bol zámerný (vzhľadom na špecifickú skupinu respondentov a relatívnu nedostupnosť techniky CIC).

Výsledky

Z celkového počtu 50 sledovaných respondentov využíva techniku CIC ako jedinú metódu vyprázdňovania močového mechúra 8 respondentov (15 %), 20 respondentov (38 %) využíva túto techniku v kombinácii s inými metódami (vyklepávanie močového mechúra, manuálna expresia). 60 % opýtaných má minimálne krátkodobú skúsenosť s využívaním techniky CIC. Až 20 % pacientov po traumatickej miešnej lézii však nemá žiadnu skúsenosť s technikou CIC. 41 % respondentov (vrátane tých, ktorí intermitentnú katetrizáciu využívajú) hodnotí metódu CIC ako nedostupnú, resp. ťažko dostupnú, a čo je zarážajúce, nedostupnosť metódy podľa pacientov spočíva predovšetkým v odbornej nepripravenosti zdravotníckeho personálu na vykonávanie danej techniky derivácie moču, resp. obmedzenom počte špecializovaných zariadení zaoberajúcich sa liečbou neurogénneho močového mechúra.

Môžeme konštatovať, že respondenti, ktorí využívajú techniku intermitentnej katetrizácie (ako jedinú metódu derivácie moču, respektíve v kombinácii s manuálnou expresiou) ju hodnotia vysoko pozitívne, predovšetkým pre: znížený/žiadny výskyt uroinfekcií (26 %), absenciu reziduálneho moču (20 %), ústup bolestí hlavy pri plnom močovom mechúri (6 %), nižší alebo žiadny únik moču (4%), nižšiu tvorbu močových kameňov (4%), pocit lepšieho vyprázdnenia močového mechúra (8 %), prevenciu komplikácií (6 %), zvýšený hygienický a osobný komfort (22 %), možnosť prispôbiť cievkovanie podľa potreby (4 %). Ako najčastejšia nevýhoda je uvádzaná nemožnosť samostatného prevedenia, respektíve nutnosť asistencie pri realizácii katetrizácie (17 %).

Až 75 % pacientov, ktorý využívajú na vyprázdnenie močového mechúra výlučne čistú intermitentnú katetrizáciu, alebo kombinovaný spôsob vyprázdňovania (CIC + manuálna expresia) udáva nulový resp. sporadický výskyt uroinfekcií (0-2 X do roka). 50 % pacientov, ktorí využívali iné spôsoby derivácie moču udáva výskyt uroinfekcií 3 a viac krát do roka.

Diskusia

Výsledky nášho prieskumu v žiadnom prípade nemožno generalizovať a platia len pre sledovaný súbor respondentov (vzhľadom na zámerný výber a veľkosť sledovaného súboru – ovplyvnené predovšetkým relatívnou nedostupnosťou CIC).

Potvrdzujú však relatívnu nedostupnosť techniky čistej intermitentnej katetrizácie. Využitie techniky CIC je limitované predovšetkým zvyklosťami a zaužívanými postupmi v zdravotníckych zariadeniach a často krát aj odbornou nepripravenosťou personálu (využívanie intermitentnej katetrizácie sa obmedzuje len na špecializované pracoviská). Pri využívaní derivácie moču intermitentným cievkovaním môžu byť pacienti v postakútnej fáze do istej miery limitovaní aj vlastným klinickým stavom, (tetraparéza, tetraplégia) kedy je potrebná spolupráca rodinných príslušníkov. Ako vyplýva z výsledkov nášho prieskumu, samotní pacienti ako najčastejšiu nevýhodu techniky CIC uvádzajú potrebu asistencie. Táto „nevýhoda“ nie je daná náročnosťou techniky, ale skôr telesným hendikepom (v súbore respondentov boli zahrnutí aj pacienti s tetraparézou, tetraplégiou) a do istej miery aj prijatím ochorenia (akceptovanie závislosti na druhej osobe).

Moderný systém vyprázdňovania je založený na metóde čistej intermitentnej katetrizácie, ktorú pacient, pokiaľ to jeho funkčný stav horných končatín dovoľuje, po krátkej jednoduchej inštrukcii vykonáva sám na posteli alebo WC, v tomto prípade ide o autokatetrizáciu. Tu je ale potrebné zdôrazniť dôležitosť určitej úrovne inteligencie u pacienta, sociálne podmienky v domácom prostredí a tiež spoluprácu rodiny a to najmä u pacienta, ktorý nie je schopný vykonávať autokatetrizáciu (Kosová, 2005).

Viaceré štúdie poukazujú na pozitívny efekt autokatetrizácie na psychiku plegického pacienta. S-J. Oh et al. (2008) vo svojej štúdií poukazujú na 4,6 krát vyšší výskyt depresívnej symptomatológie u pacientov, ktorí si nemohli samostatne vykonávať katetrizáciu močového mechúra v porovnaní s pacientmi, ktorí si vykonávali autokatetrizáciu.

Myslíme si, že hodnotenie nedostupnosti CIC pacientmi z dôvodu nedostatku špecializovaných pracovísk je do istej miery ovplyvnené aj vzdialenosťou miesta bydliska od urologických a rehabilitačných centier (40 % respondentov je z vidieka) a absenciou poradenských centier, respektíve nedostatočnou odbornou pripravenosťou zdravotníkov mimo špecializovaných centier.

V súčasnosti už za limitujúcu nemôžeme pokladať nedostupnosť pomôcok. Od októbra 2001 je pacientom na Slovensku zdravotnými poisťovňami plne hrađených 120 kusov hydrofilizovaných katétrov mesačne, čo je štandard porovnateľný so štandardom zdravotníckej starostlivosti o pacienta s poranením miechy v západnej Európe. Taktiež je vytvorená sieť urologických pracovísk, ktoré pacienta s poranením miechy po prepustení do domácej starostlivosti preberajú do svojej dispenzárnej starostlivosti (Oltus, 2004).

38 % respondentov v našom prieskume využíva kombinovaný spôsob vyprázdňovania močového mechúra (CIC + manuálna expresia), čo môžeme povedať, zodpovedá súčasným trendom v manažmente neurogénneho močového mechúra.

Podľa štatistík krajín Európskej únie sa potreba využitia CIC pacientmi pohybuje od 3 do 45 prípadov na 100000 obyvateľov, vrátane aj iných ochorení a postihnutí, ako sú úrazy chrbtice a miechy, s následnými poruchami vyprázdňovania. Do tohto rozmedzia zapadá aj štatistika výskytu ťažkých úrazov chrbtice a miechy na Slovensku. Ide približne o 100 nových prípadov ročne, spotrebou operácie a riešenia inkontinencie, z toho cca 20 % by bolo vhodných vzhľadom na retenciu moču, na celodenné používanie tejto techniky derivácie moču. Nakoľko aj pri nacvičení automatizmu močenia u zvyšných 80 % podľa meraní po manuálnej expresii ostáva zostatkový moč v množstve 300-500 ml, vzhľadom na minimalizovanie rizika uroinfektu, urolitiázy, či ďalších komplikácií je vhodné automatizmus močenia kombinovať s CIC minimálne 2 X denne (Oltus, 2004).

Minimalizácia výskytu uroinfekcie, ako aj ďalších komplikácií v súvislosti s CIC sa ukazuje ako nesporný fakt a potvrdzujú ju mnohé naše i zahraničné štúdie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- [1] KOSOVÁ, O. 2005. Urologické intervencie u pacienta s léziou miechy. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2005, roč. IV, č.5, s.22.
- [2] LAPIDES, J. 1972. Podľa: SVITÁČ, J. 2008. *Čistá intermitentná katetrizácia v detskom veku*. Power pointová prezentácia. Martin: MFN, 2008. [cit. 2012-10-02]. Dostupné na internete: http://www.mediforum.sk/pdf/urologia/2008zi_Svitac.pdf
- [3] LOO, M., et al. 2010. Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. In *Spinal Cord*. . ISSN 1362-4393, 2002, vol. 48, no. 8, s. 423-428.
- [4] MALÝ, M. 2005. Ortostatická hypotenzia u tetraplegika. In *Acta spondylogica*. roč. IV, č. 1, s. 18-19.
- [5] MANNS, J. P, CHAD, K., E. 2001. Components of Quality of Life for Persons with a Quadriplegic and Paraplegic Spinal Cord Injury. In *Qual Health Res.*, 2001, vol. 11, no.6, s. 795-811.
- [6] NEAL, D. E. et al. 1993. Clean Intermittent Self-Cathetrization. In *International Urogynecology Journal*. 1993. ISSN 1433-3023, 1993, vol. 4, no. 1, s. 50-55.
- [7] OLTUS, B. 2004. Nový trend – čistá intermitentná katetrizácia. In *Všeobecné lekárstvo*. 2004, č. 16, s.17-18.
- [8] OLTUS, B. 2006. *Čistá intermitentná katetrizácia* (nepublikovaný materiál).
- [9] NEWMAN, D. K., WILLSON, M. M. 2011. Review of Intermittent Cathetrization and Current Best Practices. In *Urologic nursing*. 2011, vol.31, no. 1, s. 12-48.
- [10] S-J. OH, et.al. 2008. Depressive symptoms of patient using clean intermittent cathetrization for 7. neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. In *Spinal cord*. ISSN 1362-4393, 2008, vol. 46, no. 9,

- [11] SVITAČ, J. 2008. *Čistá intermitentná katetrizácia v detskom veku*. Power pointová prezentácia. Martin: MFN, 2008. [cit. 2012-10-02]. Dostupné na internete: http://www.mediforum.sk/pdf/urologia/2008zi_Svitac.pdf
- [12] WOODBURY, M. G. et al. 2008. Intermittent cathetrization practices following spinal cord injury: A national survey. In *Canadian Journal Urology*. ISSN 1195-9479, vol. 15, no. 3, s. 4065-4071.
- [13] WYNDAELE, J., J. 2002. Intermittent cathetrization: which is the optimal technique? In *Spinal Cord*. ISSN 1362-4393, 2002, vol. 40, no. 9, s. 432-437.

Kontaktná adresa

PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok

ROMA, INFECTIOUS DISEASES AND ITS PREVENTION

Lesňáková Anna^{1,2}, Littva Vladimír¹, Solovič Ivan^{1,3}, Hlinková, Soňa¹

¹Faculty of Health, CU Ružomberok

²Central Military Hospital SNP-FH Ružomberok

³National Institute of Tuberculosis, Lungs Diseases and Thoracic Surgery Vyšné Hágy

Abstract

Roma is a comprehensive name for several ethnic groups that share a common origin, language, lifestyle, cultural traits and characteristics. It is estimated that worldwide there are from 10 to 12 million Roma, in Europe estimation counts about 5 million. In Slovakia under realistic assumptions live about 400,000 Roma. Health status of Roma is according to available resources worse than in major population, which is affected by adverse social conditions and lifestyle. Roma represents a risk group in terms of higher prevalence of tuberculosis and infectious diseases. Health status of the Roma population is negative, but the improvement must be related to the solution of fundamental social problems of the population.

Key words

Roma, Health, Social Conditions, Lifestyle, Infectious Diseases.

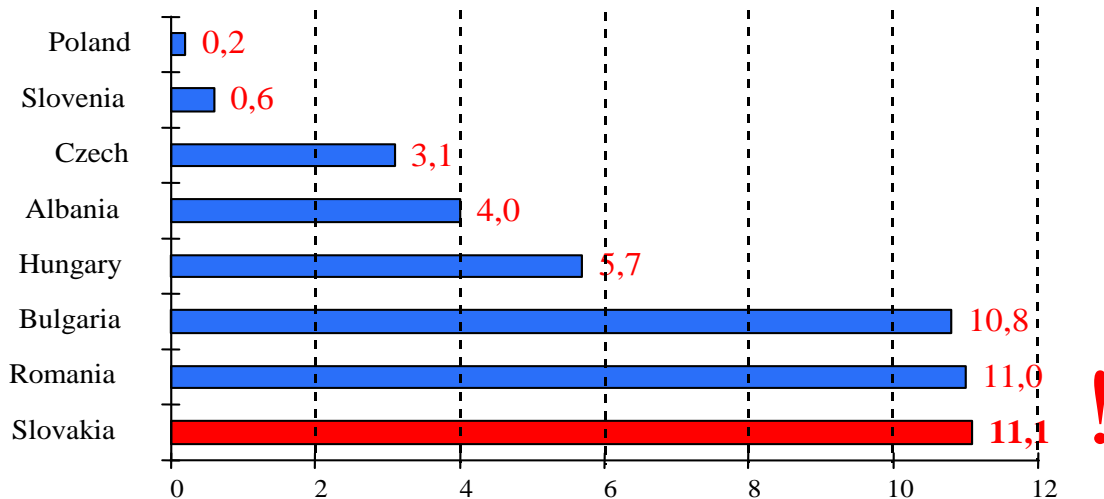
Definition and Terminology

Roma (word Rom in Romany language = man, husband) is a comprehensive name for several ethnic groups that share a common origin, language, lifestyle, cultural traits and characteristics. The term Roma is used since 1983 under the Convention on International Roma Union Congress held in Göttingen. We are celebrating the International Roma Day every year (since 1990), on April 8th, in honor of the first global meeting of the Roma (It was held from 8th to 12th April 1970 in England) (VAŠEČKA, M. 2002).

Demographic and Social Characteristic

The Roma were arriving in several migratory waves to the territory of today's Europe from India in the period from 9th to 14th century. The earliest reference of their occurrence at the territory of today's Slovakia - in vicinity of Spišská Nová Ves is from 1322 (www.gipsy.sk). Roma live in several countries around the world, so that their exact number is unknown. It is estimated that worldwide there are between 10 and 12 million, in Europe estimation counts approximately 5 million. According the Graph 1 we can assume that Slovakia is a country with the highest concentration of Roma in the world.

Assumption of concentration of Roma in Central and Eastern European countries (in %)



Graph 1 Estimated share of Roma in Central and Eastern Europe v %

Source: <http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/>

Roma are scattered throughout the territory of Slovakia, but the highest concentration is in the south central and eastern Slovakia. The number of Roma in Slovakia is estimated between 380 000 – 400 000, what is representing from 7.5 to 8% of the total population. The proportion of children under 14 years amounts even to the 43.6%. There are large differences in concentration in different regions of Slovakia (Picture 1). The highest number of Roma population is in the districts of Eastern Slovakia, in areas of Revúca, Kežmarok, Levoča, Gelnica, Sabinov and Vranov, ranging from 5.5% to 8.8%. Approximately 60% of the settlements is integrated in the diffusion of the majority population, but 40% live in urban or municipal concentrations - settlements located on the outskirts of the village/town or settlements of the municipality/city geographically distant, possibly separated by natural or artificial barrier (river, rail, road), with no access to water and with the proportion of illegal housing is higher than 20%. According to the census of population and housing, the largest concentration of people declaring themselves as Roma is in the region of Prešov, where from the total 789 968 population is committed to Roma nationality 31 653 citizens.

Distinct of the Roma

Roma is a specific and distinct from the majority population on their socio-cultural level, history and anthropological characteristics, lifestyle, language, education, their own laws and norms, cohesion and internal hierarchy. At the same time, the Roma population is internally heterogeneous and requires a differentiated approach (BARTOŠOVIČ, I. 2006. p. 30-47).

Psychological Particularity of Roma

Roma are characterized by some psychological characteristics, which are different from the major population and have an impact on their health and social problems.

- Roma are more emotional and emotions affect their thinking, reasoning, evaluating situations and procedures; they have lively temperament;
- Roma are good to solve common practical situations,
- They are oriented to the present related to their own or family needs;
- Distance values have no meaning for them, "live for the moment", they do not plan for the future;
- Roma have a poorly developed self-control and desire, low motivation to perform something valuable for majority population (little patience, conscientiousness);
- Roma have different social behavior (they are open, easily connect to people they trust);
- Roma do not place emphasis on individual achievement and effort (relying on help from others), they don't support the competition and personal ambition;
- Roma have different personality traits (reservation, explosiveness, failure to comply with the limits, sensitivity, tendency to demonstration), some authors call this "Romany Etnopats"
- For their lifestyle is typical tendency to irregularity and spontaneity;
- They emphasize the group (collectivism);
- They have tendency to associate, and everything is shared, there are missing meaning of personal property (things, places in the apartment);

They are known for their mutual coherence and solidarity (BARTOŠOVIČ. I, HEGYI, L. 2010).

Clear-cut versions of the Roma personalities may appear from the perspective of the majority as abnormal, but there is no variation or the pathology!

Communication with Romany Patient

The above-mentioned psychological specificities (weaker will, impatience, servility without a family, temperament) can occur in cooperation and communication in the time of treatment. For health professionals to give a treatment to Roma patients is more difficult as to give it to somebody of major population. We see that there is very important communication with the patient's family, regarding a hierarchy of Roma families, and appointing of person who will act in the name of the family (JURIŠ, 2011, p. 126 - 131). They consult medical decisions with their family. Roma have a significant fear of pain and of death, they are very emotional, often and loudly lament. Each Roma patient should be treated individually, trying to explain the cause and progress of the disease. The communication should explain the need of lifestyle changes, which need a lot of confidence. For proper communication of healthcare professionals with Roma are following recommendations:

- We should try to gain the trust of Roma patients and their families;

- We should understand and follow nonverbal communication of Roma;
- We should respect the emotions of the Roma, not to take personally the emotional attacks;
- We should be patient, not expecting immediate results;
- We should admonish in private, not before a great team;
- We should approach to each patient individually;
- We should consult important representative of the family on major decisions.

Health status of Roma

According to available resources the Health status in Roma is worse than in the major population. It is influenced by severe adverse social problems of such marginal population (above all, poverty and low income, unemployment, low education, poor physical housing). Roma represent a high risk group in population and are threatened by obesity, diabetes, cardiovascular diseases and certain cancers such cell lung cancer. In this area, specific measures will be needed to employ beyond the health sector (. HAVELKOVÁ, 2005).

The main negative factors affecting the health of Roma in the settlements today are considered:

Low level of education, which causes an insufficient level of health awareness;

- Low level of personal and communal hygiene;
- Low standard of living;
- Polluted and devastated environment;
- Unhealthy eating habits and nutrition;
- The increasing use of alcohol and smoking during pregnancy;
- Growing dependence on drugs and associated increased risk of infection (VAŠEČKA, 2002).

Infectious Diseases

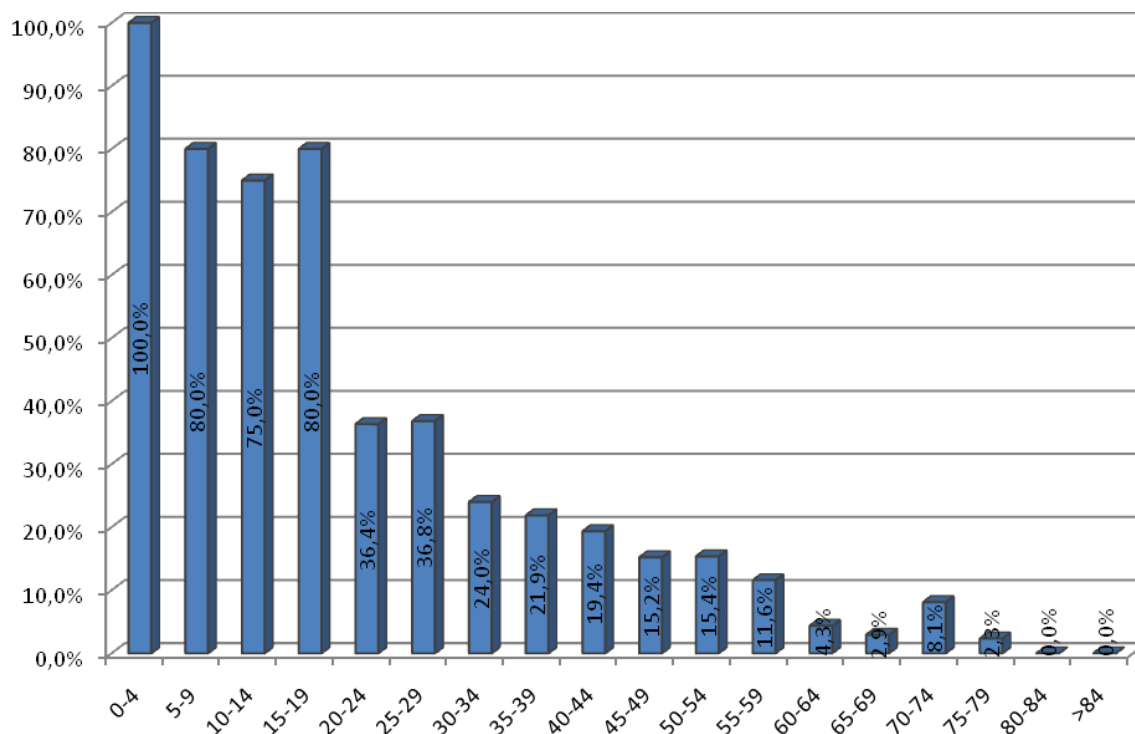
Roma represent a high risk group in terms of tuberculosis (TB). In recent years, the share of Roma population in the overall incidence of TB is beyond their estimated proportion in the whole population of Slovakia (Table 1). Statistics from the National Registry of Patients with Tuberculosis (NRT) indicate that in 2009, Roma contributed to the incidence of tuberculosis by 17.6%, which means 115 cases, of which 96 cases represents pulmonary and 9 cases extra pulmonary form of tuberculosis. The majority of cases (75 cases) were found because of problems related to disease, 21 cases under investigation of contacts and 19 cases during the preventive examinations. Of the 115 cases reported in NRT in that year 3 patients died, of which in 2 cases the cause of death was TB. The proportion of the Roma children under 14 years in new cases is alarming, in recent years amounted between 60 to 70%. As we can see in Graph 2, the total number of TB cases in 2009 in the age group from birth to the fourth year consisted of 100% from children of the Roma. The second largest group is young people aged from 15 to 19 years. The lowest incidence of 0% can be observed in elderly people over 80 years. Based on these data, the Roma population and particularly Roma children are the

risk group. The most affected areas are: Prešov and Košice region, which is associated with a high unemployment rate. Another important feature of TB in the Roma ethnic group is the focal occurrence, while this phenomenon in the major population is sporadic. For example, in 2008, the district Sabinov reported 11 cases of tuberculosis - all from one village - Jarovnice. 6 cases were in one house. The active identification of patients is difficult because of migration, promiscuity and illiteracy. The problem is poor compliance with treatment regimen.

Table 1 TB Occurrence in Roma population in Slovakia between 2003–2008

year	TB all cases	TB In Roma Population	% from all cases of TB	TB Children up to 14.	TB Children up to 14 in Roma Population	% in Children TB
2003	990	123	12,4	18	13	72,2
2004	714	87	12,2	19	13	68,4
2005	743	103	13,8	21	14	66,6
2006	732	88	12,0	23	13	56,5
2007	708	96	13,6	16	9	56,3
2008	652	115	17,6	14	13	92,9

Source: National TB Register Vyšné Hájgy



Graph 2 Share of Roma suffering from TB in 2009 in all cases in different age groups

Source: National TB register Vyšné Hájgy

Adverse social conditions also influence the increased incidence of other communicable diseases listed in Table 2, which occurred more frequently in Roma compared with non-Roma population.

Table 2 The most frequent incidence of communicable diseases among the inhabitants of Roma settlements. The share of the overall incidence in Slovakia.

Disease	Year					
	2006		2007		2008	
	Nr. of cases	%	Nr. of cases	%	Nr. of cases	%
A 02 Salmonella	697	3,24	558	2,95	706	3,89
A 03 Dysentery	596	55,12	581	50,52	564	19,44
A 04 + A 09 Other diarrheal diseases	636	11,23	633	12,93	639	12,1
B 15 Viral hepatitis	216	31,95	460	49,94	603	55,83
A 39 Meningococcus infections	46	52,87	47	63,51	46	67,64
B 86 Scabies	1696	41,03	1280	37,69	1696	63,16

Source: www.epis.sk

Viral hepatitis A (VHA) is a serious problem of Public Health. The epidemic occurrence of this disease is for a large number of countries social, economic and health problem. Mortality from VHA in the Slovak Republic has consistently downward trend, but Roma high morbidity exceeds few times the rest of Slovakia's population, they count from 50 to 60% of the total number of patients every year. The predominant occurrence of VHA is in areas with low hygienic standards, particularly in Roma settlements and areas with high concentration of the Roma ethnic group. The highest age-specific morbidity observed in the age group from 5 to 9 year-old children (KRAK, 2005).

In addition to those infectious diseases major medical importances have parasitizes, which are often zoonotic nature. The most common parasitic disease transmission is contact with contaminated environmental developmental stages (oocysts, cysts, eggs, larvae) of endoparasites. An important role in prophylactic measures related to the elimination of the adverse impact of zoonoses on human health plays environmental hygiene, family life, the hygienic and social level (HAIMOVICH, VENKATESAN, 2006, p.568-577, LAUPLAND, 2005, p. 72), because these diseases primarily affects mainly marginal communities with low

standard of living. Parasitoses are also the gateway for the development of other diseases, viral or bacterial origin. Disease transmission from source to susceptible individuals can be done in different ways. The etiologic agent is transmitted directly - contact of the diseased mucous membranes with healthy membranes, transplacental or indirectly - by vectors or contaminated objects in vectorial developmental stages, which have a high Tenacity in the environment. The sources of parasites, respectively parasitozonoses in addition to infected people are domestic and wild animals. Under certain circumstances, the external environment, contaminated with animal and human waste can be regarded as a way of transmission of the disease, but also the soil and water. Particularly Roma children population living in these conditions is at stake (BAKOSS, 2005, p. 488).

Monitoring of intestinal endoparasites (protozoa and helminths) was carried out (9) in Eastern Slovakia, in Prešov and Košice regions, monitoring Roma children in preschool and school age. The results of faeces examination of excrements of Roma children are shown in Tables (3-7).

Table 3 Prevalence (%) of helminthes in children of Roma

	Nr. of examined	Nr. of positive cases	P (%)
Košice	97	21	21,6%
Prešov	134	45	33,6%
Michalovce	152	16	10,5%
Vranov nad Topľou	87	9	10,3%
Sečovce (settlement)	63	19	30,2%
Zemplínska Teplica (settlement)	15	2	13,4%
Σ	548	112	20,4%

Table 4 Prevalence (%) of Nematóda *Ascaris lumbricoides*

	Nr. of examined	Nr. of positive cases	P (%)
Košice	97	19	19,6%
Prešov	134	44	32,9%
Michalovce	152	12	7,9%
Vranov nad Topľou	87	9	10,3%
Sečovce (settlement)	63	16	28,1%
Zemplínska Teplica (settlement)	15	2	13,4%
Σ	548	102	18,6%

Table 5 Prevalence (%) of Nematóda Trichuris sp.

	Nr. of examined	Nr. of positive cases	P (%)
Košice	97	6	6,2%
Prešov	134	6	4,5%
Michalovce	152	6	3,9%
Vranov nad Topľou	87	0	0,0%
Sečovce (settlement)	63	10	15,9%
Zemplínska Teplica (settlement)	15	0	0,0%
Σ	548	28	5,1%

Table 6 Prevalence (%) of Protozoa Giardia Intestinalis

	Nr. of examined	Nr. of positive cases	P (%)
Košice	97	1	1,0%
Prešov	134	0	0,0%
Michalovce	152	1	0,6%
Vranov nad Topľou	87	0	0,0%
Sečovce (settlement)	63	0	0,0%
Zemplínska Teplica (settlement)	15	0	0,0%
Σ	548	2	0,4%

Table 7 Prevalence (%) of helminthes in relation to age of Roma children

	Nr. of examined	P (%)		Nr. of positive cases Ascaris lumbricoides		Nr. of positive cases Trichuris sp.		Nr. of positive cases Giardia intestinalis	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<1	189	7	3,7	7	3,7	1	0,5	1	0,5
1-6	266	82	30,8	75	28,2	18	6,7	1	0,4
6-18	93	22	23,6	21	22,6	8	8,6	0	0,0

Our major finding is the high prevalence and incidence (P = 41.9%) of Cryptosporidium sp. in 81 examined Roma children, randomly selected from a total examined file. Persistent

infections of pathogens causing diarrheal states, transferred by orofaecal way are pointing to immune disorders.

Possible solutions of ill health of Roma

The Roma issue is a multinational and transnational problem. The most important task is to find effective measures to help the Roma population. It's all about creating the conditions to develop Roma communities in areas of critical situations /low socio-economic status, social exclusion, problems in education, housing and health/. Only specific programs financially secured can grand systemic changes and prepared solutions in long-term vision and continuity with the prospect for several years in Slovakia (TISOŇOVÁ, FULLOVÁ, RUSNÁK, 2011, p. 236-251).

Solution for health problems of Roma is difficult and will require the cooperation of all health and non-health workers (DIGNE, 2003).

Among the possible means of improving health include:

- motivation and training of health workers willing to work in Roma community
- health promotion activities, education in nursing
- implementation of the survey concerning to the health of Roma in settlements
- the work of Roma assistants with pediatrician to provide care for mothers and children
- the influence of the environmental risk factors
- preventive medical examinations
- Increase vaccination coverage of children living in settlements / nowadays 70% /

Dealing with Roma issues, it is necessary to respect the particularities of Roma, their different historical origins, culture and mentality. But the results can be expected in future generations (HEGYI, 2006, p. 18-20).

Conclusion

Health status of the Roma population is negative. It represents a serious public health problem with a very little information. The improvement must be related to the fundamental solution of social problems, which will require the involvement of all sections of society and the active approach of the Roma themselves and their organizations. Since the Slovak Republic from 1st July 2008 is at the presidential position of the international program "Decade of Roma Inclusion 2005-2015 and in accordance with the Resolution of the Slovak Republic in the part consecrated to health is an analysis of Roma health and identify health risks in the Roma community on the first place, it is time for good understanding of the specific principles in lifestyle of this ethnic group (15). It will be necessary to comply with the specificity of the Roma minority.

BIBLIOGRAPHY

- [1] BAKOSS P. et al. 2005. Epidemiológia. Bratislava: Univerzita Komenského, 2005, p. 488. ISBN 80-223-1989-9
- [2] BARTOŠOVIČ, I. 2006. Nerovnosť v zdraví niektorých vulnerabilných skupín obyvateľstva. In: Šulcová, M., Hegyi, L. 2006. Rovnosť v zdraví. Bratislava: Charita, 2006, p. 30-47.
- [3] BARTOŠOVIČ, I., HEGYI, L. 2010. Zdravotné problémy rómskeho etnika. [online]. 2010. [cit. 2011 – 01 - 07]. Dostupné na internete: <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-4-2010/>
- [4] DIGNE, M. a kol. 2003. ZLEPŠENIE SITUÁCIE RÓMOV V SR. Twinning Covenant SK 0002/SK00/IB-01-December 2003.
- [5] HAIMOVICH, B., VENKATESAN, M. M. 2006. Shigella and Salmonella: death as means of survival. In *Microbes and Infection*, 8 (2006), p.568-577
- [6] HAVELKOVÁ B. 2005. Správa o zdravotnom stave rómskej minority žijúcej v SR. ÚVZ SR, 2005.
- [7] HEGYI, L., a kol. 2006. Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. Bratislava: Herba, 2006.p.18-20
- [8] JURIŠ, P. et al. 2011. Výskyt črevných parazitárnych infekcií u marginalizovanej skupiny Rómov žijúcich v osadách. In: Zborník vedeckých prác pedagógov Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva: Sociálno – ekonomické otázky a problémy verejného zdravia obyvateľov východného Slovenska v kontexte členstva krajiny v EÚ I. Prešov, 2011, ISBN 978 – 80-89271-95-5, p. 126 - 131
- [9] KRAK, J. 2005. Zdravotný stav a úmrtnosť rómskej populácie. Realizačný projekt Národného programu podpory zdravia. RUVZ Poprad, 2004-2005.
- [10] LAUPLAND, K.B., CHURCH, D.L. 2005. Population-based laboratory surveillance for *Giardia* sp. and *Cryptosporidium* sp. infections in a large Canadian health region. In *BMC Infect Dis*, 16 (2005), p. 72
- [11] MOJŽIŠOVÁ, G., a kol. 2003. Životný štýl a zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku a v zahraničí. In: *Slovenský lekár*, 13.(27.) ročník, číslo 1-2/2003. ISSN 1335-0234. p. 64 -66
- [12] TISOŇOVÁ V., FULLOVÁ J., RUSNÁK R. :Úroveň vedomostí v prevencii a liečbe bolestí chrbtice. Zborník príspevkov: konferencia „Medzinárodná spolupráca pri riešení ochorenia mozgu a chrbtice“ - Celoslovenská konferencia, 29.-30.09.2011 v Ružomberku, ISBN 978-80-8084-203-5, p 236-251
- [13] TUPÝ, J. 2009. Trombofilné stavy a hypercholesterolémia - ich nové možnosti detekcie v profilaxii kardiovaskulárnych ochorení rómskej populácie. In: Dialóg ako cesta spolužitia. Problematika rozvíjania spolužitia viac etnickej spoločnosti odstraňovaním vzájomných bariér, Ružomberok 2009, p. 239-248, ISBN 978-80-8084-538-4.
- [14] VAŠEČKA, M. 2002. Čačipen Pal o Roma-Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku, Inštitút pre verejné otázky, Bratislava, 2002. ISBN 80-88935-41-5
- [15] www.gipsy.sk

- [16] www.hagy.sk
[17] www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/
[18] www.hzz.easr.sk./prieskum/romovia/htm.sk/

Acknowledgements: Supported by VEGA 1/0023/11 and 2/0147/10

Contact

doc. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.

doc. PhDr., Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH

doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

RNDr. Soňa Hlinková, PhD.

Faculty of Health, CU Ružomberok,

Central Military Hospital SNP-FH Ružomberok

National Institute of Tuberculosis, Lungs Diseases and Thoracic Surgery Vyšné Hágy

e-mail: anna.lesnakova@ku.sk

vladimir.littva@ku.sk

solovic@hagy.sk

sona.hlinkova@ku.sk

MIESTO REHABILITÁCIE V PREVENCII A LIEČBE OSTEOPORÓZY

Daniela Letašiová

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

Abstrakt

Osteoporóza sa stala závažným zdravotníckym a socioekonomickým problémom v posledných rokoch na úrovni s ostatnými civilizačnými ochoreniami. Ide o ochorenie patriace do osteológie a najzávažnejšou komplikáciou je zlomenina proximálnej časti stehennej kosti, stavca chrbtice alebo predlaktia. Osteológia je veda zaoberajúca vývojom a ochorením kostí, odbor, ktorý sa v poslednom období veľmi rozvíja.

Osteoporóza nie je neodvratiteľným dôsledkom starnutia, naopak je to ochorenie spĺňajúce kritéria choroby:

1. Osteoporóza je jednoznačne definovaná ako choroba a jej kritériom už nie sú zlomeniny.
2. Podarilo sa dobre objasniť patofyziologické mechanizmy strát kostnej hmoty pri osteoporóze.
3. Zvýšené riziko zlomenín možno včas diagnostikovať meraním množstva kostnej hmoty.
4. Sú známe účinné opatrenia na prevenciu a liečbu osteoporózy.

Kľúčové slová

Osteoporóza – osteoporotické zlomeniny – fyzioterapia.

PLACE OF PHYSIOTHERAPY IN PREVENTION AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS

Abstract

In the recent years Osteoporosis has become a substantial health and social-economic problem reaching the level of other civilisation diseases. The most significant complication of this osteology illness is the fracture of a thigh bone proximal part, vertebra or forearm. Osteology, a field of study remarkably evolving nowadays, is the science going into development of bone mass and bone diseases. Osteoporosis is not an inevitable consequence of ageing, on the contrary it is a physical disorder that meets all criteria of illness:

1. Osteoporosis is clearly defined as an illness and its criteria are not only fractures.
2. Science clarified pathophysiological processes of osteoporosis bone mass reduction.
3. Increased peril of fractures can be early diagnosed by measuring bone mass content.
4. There are well known measures for prevention and therapy of osteoporosis.

Key words

Osteoporosis – osteoporotic fractures – physiotherapy.

Úvod

Závažnosť dôsledkov osteoporózy závisí od lokalizácie fraktúry. Zlomeniny krčka femuru sú najnebezpečnejšie, asi 10 – 20 % postihnutých osôb zomiera v priebehu prvého roka po úraze (viac mužov ako žien). Riziko úmrtia je najväčšie v období bezprostredne po úraze, neskôr sa postupne znižuje. Len veľmi malá časť úmrtí je priamym dôsledkom zlomeniny, oveľa častejšie je spoločnou príčinou fraktúry i smrti základná chronická choroba. Poukazuje to na to, že snaha o prevenciu fraktúr má iba obmedzený potenciálny význam: základom liečby musí byť komplexný prístup k postihnutému človeku [6].

Skúsenosť ukazuje, že asi polovica pacientov, ktorí utrpeli zlomeninu krčka femuru, po úraze stráca schopnosť samostatného pohybu (chôdze) a polovica žien po zlomenine vyžaduje dlhodobú, respektíve trvalú pomoc pri každodenných aktivitách. To znamená, že u asi 7 % žien, hlavne vo vyšších vekových skupinách, fraktúry vedú k závislosti od cudzej pomoci a v ďalších asi 8 % sú hlavným dôvodom k umiestneniu do opatrovateľského zariadenia. Hlavnými dôsledkami zlomenín stavcov sú bolesti chrbta, kyfóza a zmenšenie telesnej výšky, ale mnoho fraktúr vzniká aj bez prítomnosti bolesti. Aj keď mnoho fraktúr sa náhodne zistí pri röntgenologickom vyšetrení, dlhodobo sa prejavujú chronickými bolesťami chrbta spolu s funkčným obmedzením.

Priame obmedzujúce dôsledky zlomenín predlaktia sú síce menej závažné v porovnaní so zlomeninami krčka femuru, ale podstatne môžu zhoršiť kvalitu pacientovho života (obmedzenie pri obliekaní, príprave jedla a iných bežných činnostiach osobnej hygieny atď.). Mnohí pacienti sa sťažujú na rôzne funkčné zhoršenia aj po viac ako 6 mesiacoch od úrazu.

Prevencia

Pri osteoporóze je nesmierne dôležitá komplexná terapia, ale najmä prevencia osteoporózy. Jedným z rozhodujúcich faktorov je popri dietoterapii a farmakoprevenčii primeraná fyzická aktivita, ktorú pacienti nie vždy dostatočne doceňujú. Pritom pravidelná fyzická aktivita sa môže považovať za prostriedok chrániaci skeletálnu integritu a zároveň pôsobí ako významný činiteľ v prevencii fraktúr. Je niekoľko mechanizmov, ktorými môže cvičenie znižovať incidenciu osteoporotických zlomenín. V mladom veku primeraná fyzická aktivita môže zvýšiť tzv. peak bone mass a tým znížiť riziko fraktúry vo vyššom veku. Cvičenie vo včasnej menopauze znižuje zvýšený úbytok kostnej hmoty vyvolaný deficitom estrogénov. Pohybová aktivita v staršom veku spomaľuje úbytok kostnej hmoty, redukuje incidenciu a znižuje závažnosť pádov. Z ekonomického hľadiska nie je nezanedbateľný ani fakt, že pohybová liečba je finančne menej náročná ako medikamentózna. Odvápneniu kostí je lepšie predchádzať, ako ho liečiť. V prevencii osteoporózy je pravidelný pohyb kľúčovou podmienkou. Prevencia má však zatiaľ u nás zvláštne postavenie. Nikto ju síce nespochybňuje, ale dôsledná realizácia preventívnych programov je málokedy dotiahnutá do konca. Z hľadiska zdravotného stavu, kvality života postihnutých, finančného hľadiska a v neposlednom rade aj potrebnej sociálnej starostlivosti, čo dosahuje miliardové čiastky, je zastúpenie prevencie pri osteoporóze racionálnejšie ako samotná liečba [4].

Na vysvetlenie, ako vplýva pohybová aktivita na kosť, existuje niekoľko teórií. Každá z nich hľadá spojenie premeny mechanických signálov pri cvičení (deformácia kostných štruktúr) na signály biochemické a bioelektrické. Známe sú tieto teórie [8, 9]:

- Vznik deformačných potenciálov piezoelektrickým javom. Svalová kontrakcia vedie k deformácií kryštálov hydroxyapatitu, pri ktorej vzniká na tenznej strane kladný a na kompresnej strane záporný potenciál, čím sa stimulujú osteoblasty a tvorí sa osteoid.
- Pôsobenie cez prostaglandíny. Deformáciou membrány osteocytov sa cez prostaglandín E2 a cyklický adenosínmonofosfát zvyšuje syntéza DNK a RNK, čo vedie k proliferácii osteoblastov a osteocytov.
- Zmeny toku iónov preformovanými kostnými kanálkami pri deformácii kosti pohybom. Predpokladá sa, že negatívne nabité povrchy priťahujú ióny vápnika.
- Zvýšené krvné zásobenie kostí. Je dokázaná pozitívna korelácia medzi krvným tokom v kosti a mohutnosťou endostálnej apozície.
- Teória vzniku a reparácie drobných mikrofraktúr lamel Haverských kanálikov. Pri zaťažovaní kostí pohybom dochádza k mikroskopickému poškodeniu lamel. Poškodené miesta sú odbúravané osteoklastmi a na uvoľnenom mieste postaví osteoblasty sekundárne osteony. Ak tento proces prebieha dostatočne dlho, dochádza k novotvorbe, najmä kortikálnej kosti. Účinok cvičenia na kosť je komplexný, v zásade ide o tri mechanizmy:
 - aktiváciu osteoblastov,
 - fixáciu Ca⁺ iónov na negatívne nabité plochy,
 - zvýšený prísun materiálu pre osifikáciu.

V princípe sa prevencia rozdeľuje na tri fázy.

Primárna prevencia – týka sa obdobia rastu kosti, t.j. obdobia detstva a ranej dospelosti. Jej cieľom je nadobudnúť čo najväčšie množstvo kostnej hmoty. Hlavným prostriedkom je dostatočná váhonosná záťaž kostí (chôdza alebo stoj vo vzpriamenej polohe) a správna výživa (hlavne dostatočný prívod vápnika).

Sekundárna prevencia – týka sa obdobia dospelosti a zvlášť u žien obdobia menopauzy. Jej cieľom je spomaliť odbúravanie kosti a tým obmedziť stratu kostnej hmoty. Sem patria opäť prostriedky pohybu a výživy, ale u žien k nim pristupuje aj hormonálna substitučná liečba.

Terciárna prevencia – týka sa osôb s už prítomnými zlomeninami, hlavne v pokročilom veku. Jej cieľom je zabrániť, prípadne oddialiť vznik ďalších zlomenín. Popri pohybe a výživy sem patrí adekvátna liečba pridružených chorôb a úprava či odstránenie architektonických nástrah (prahy dverí, šnúry spotrebičov, posunujúce sa koberce, vlhké a šmykľavé schody a podlahy). Hlavné zameranie školy chrbtice by malo smerovať z terciárnej prevencie do oblastí sekundárnej a hlavne primárnej prevencie. Prevencia osteoporózy a najmä osteoporotických zlomenín je možná, efektívna a lacnejšia ako liečba [7].

Rehabilitácia v prevencii a liečbe osteoporózy

Rehabilitačná starostlivosť má nezastupiteľné miesto v prevencii a liečbe osteoporotických zlomenín. Mechanizmy, ktorými môže cvičenie znižovať incidencia osteoporotických zlomenín [1]:

- v mladom veku primeraná fyzická aktivita môže zvýšiť tzv. peak bone mass, a tým znížiť riziko fraktúry vo vyššom veku;
- cvičenie vo včasnej menopauze môže znížiť zvýšený úbytok kostnej hmoty vyvolaný deficitom estrogénov;
- pohybová aktivita v staršom veku môže spomaliť úbytok kostnej hmoty, zlepšiť svalovú silu, pohyblivosť, stabilitu, držanie tela, koordináciu pohybov, a tým znížiť incidencia a závažnosť pádov.

Každý pohyb vyvoláva na skelete modelačnú a remodelačnú odpoveď a tým je daný jeho veľký význam pre organizmus. Predpokladom optimálnej funkcie kosti je záťaž submaximálnej intenzity, nie maximálnej. Pohyb priamo ovplyvňuje kostné zmeny, a to ako ich priebeh, tak i čas vzniku patologických zmien. Optimálna voľba pohybovej aktivity spolu s dodržaním zásad harmonickej stimulácie organizmu ako celku a jeho jednotlivých systémov je podmienkou fyziologicky pozitívneho efektu. Účinok cvičenia na kosť je komplexný, v zásade ide o tri mechanizmy:

- aktiváciu osteoblastov,
- fixáciu Ca^{2+} iónov na negatívne nabité plochy,
- zvýšený prísun materiálu pre osifikáciu.

Pohybová liečba

Cieľom kinezioterapie je súčasne pôsobiť na niekoľko oblastí:

- zaťažovať kosti pohybom tak, aby došlo podráždením kostných buniek k väčšej tvorbe základnej kostnej hmoty, aby zosilnela vonkajšia vrstva kostí a prestavbou kostných trámecov v smere najväčších ťahov a tlakov kosti spevneli,
- uvoľniť zvýšené svalové napätie – postizometrická relaxácia, antigravitačná relaxácia, mäkké techniky,
- posilniť celkovo svalstvo, aby mohli byť kosti zaťažované väčšou silou a aby sa okolo chrbtice vytvoril pás mohutnejšieho svalstva, ktorý pomáha odpružiť na seba dosadajúce stavce s medzistavcovými platničkami, čím sa výrazne zníži nielen bolestivosť chrbtice, ale sa aj zabráni vysúvaniu medzistavcových platničiek z ich postavenia,
- docieľiť celkové zlepšenie pohyblivosti, zvýšiť pacientovu schopnosť zvládnuť bežné denné činnosti a minimalizovať riziko mozgovej zlomeniny,
- zlepšiť celkovú svalovú súhru stabilizačnými, balančnými a koordinačnými cvičeniami, a tým predchádzať pádom a zlomeninám,
- obnovenie správnych motorických stereotypov (dýchanie, sed, stoj, predklon, ľah, vstávanie, správne dvíhanie a nosenie bremien atď.),
- zmiernenie alebo odstránenie bolesti.

Veľmi dôležitý je teda najmä nácvik správneho zaťaženia. U pacientov s osteoporózou sú prítomné nielen funkčné, ale aj štrukturálne zmeny v oblasti chrbtice, ktorá neznáša zaťaženie v ohybe, čo opakovane zvyrazňuje bolesti. Pacient s osteoporózou sa musí snažiť o ošové zaťaženie chrbtice. Je dôležité si odporúčanú chránenú pozíciu chrbtice nacvičiť, prijať ju za svoju a žiť s ňou pri všetkých pohybových činnostiach, nezabudnúť na to, že nesprávne zaťažovanie je cesta k bolesti [2].

Všeobecné zásady liečby u pacientov s osteoporózou:

- vytrvalosť, nie rýchlosť,
- ťah, nie švih,
- submaximálna záťaž,
- celkové trvanie pohybu 30 až 60 minút, maximum 180 minút,
- zmiešaná záťaž staticko-dynamická,
- po cvičebnej zostave pravidelná chôdza,
- pohybové aktivity športového charakteru,
- minimom je cieleň pohybová záťaž 3x týždenne (týždenne spolu 3 až 4 hodiny) so striedaním jej charakteru,
- pozor na dlhodobé používanie podporných prostriedkov (napomínačky, korzety).

Bolesť pri osteoporóze

Príčina bolesti v akútnom štádiu býva z krvácania pod periost pri mikrofraktúrach, pri napínaní väzov a sublúxia intervertebrálneho kĺbu. Chronické bolesti majú pôvod v perioste, pri jeho zakrvácaní alebo pri zmene tvaru stavca. Pri zmene postavenia pohybového segmentu sa bolestivo napínajú väzy, svalstvo i púzdra intervertebrálneho kĺbu, ten sa pri sublúxačnom postavení môže artroticky meniť, bolesť kostného tkaniva býva podobná ako pri Sudeckovom syndróme. Býva aj radikulárna symptomatológia, môžu sa preniesť aj bolesti z vnútorných orgánov. Podstatný podiel má aj psychika. Bolesť chronická, tupá je necharakteristická, býva ťahavá, zvyšuje sa pohybom a zaťažením (napr. pri chôdzi po schodoch, pri dlhšom státi, sedení).

Bolesť vyvoláva u chorých pocity úzkosti, strachu a depresie. Táto nepriaznivá psychická situácia môže späťne vystupňovať bolestivé podnety. Bolesť má pre pacienta i vplyv vo sfére sociálnej, môže sa dotýkať i samotnej jeho existencie [3].

Chronická osteoporotická bolesť pre dlhodobé nesprávne zaťažovanie a preťažovanie svalstva chrbta je prevažne svalová, vzniká ako následok patologického zakrivenia dlhodobého nesprávneho zaťažovania a preťažovania svalstva chrbta, chrbtice vznikajúceho z deformácie osteoporotických stavcov. Zvýšené napätie preťažovaného svalu má za následok jeho kontraktúru a ischemizáciu, čo vedie k bolestivému syndrómu. V mieste nesprávneho a dlhodobého zaťažovania svalstva dochádza k svalovej dysbalancii.

Svalová dysbalancia znamená nerovnomerné namáhanie kostí (kĺbu) ťahom v mieste úponu svalov. Skrátené kontrahované svaly (agonisty) pôsobia na kosť väčším ťahom ako ich antagonisty, ktoré sú funkčne oslabené, natiahnuté a utlmené.

Svalová dysbalancia prispieva ku vzniku entezopatii a podieľa sa na deformačných zmenách osteoporotických stavcov. Pohybová liečba znižuje napätie v príslušných svaloch, uvoľňuje spazmy, znižuje až odstraňuje bolesti, vyrovnáva svalovú dysbalanciu. Bolesť pri osteoporóze môžeme ovplyvniť liečbou farmakologickou a nefarmakologickými postupmi.

Nefarmakologická liečba bolesti pri osteoporóze

Správna životospráva:

- úprava diéty – optimálny príjem Ca z hľadiska veku a pohlavia,
- starostlivosť o pravidelnú stolicu.

Kinezioterapia

Prostriedky fyzikálnej liečby:

- elektroliečba (DDP, TENS, IP, Biobtron),
- mechanoterapia – mobilizačné fasciálne techniky,
- vodoliečba,
- magnetoterapia,
- svetloliečba.

Väčšina pacientov s osteoporózou trpí chronickými bolesťami chrbtice a celého chrbta. Preto sa mylne domnievajú, že ich choroba vyžaduje, aby sa vyhýbali akémukoľvek pohybu. Je potrebné pacientovi vysvetliť, že musí aj napriek bolestiam začať s pohybovou liečbou [3].

Rehabilitačné postupy pri osteoporotických zlomeninách

Cieľom cvičení je pôsobiť súčasne na niekoľko oblastí:

- určitými polohami a cvikmi sa snažiť uvoľniť svalové stuhnutia, a tak zbaviť chorého najväčších bolestí,
- zaťažovať kosti pohybom tak, aby vzniknuté prúdy z namáhaných kostných kryštálikov podráždili kostné bunky do väčšej tvorby základnej kostnej hmoty,
 - aby spevnela vonkajšia vrstva kostí i kostných trámecov a navyše, aby ich prestavbou v smere najväčších tlakov a ťahov kosti spevneli,
- celkovo posilniť svalstvo,
 - aby kosti boli zaťažované väčšou silou a účinok cvičenia bol čo najväčší,
 - aby sa okolo chrbtice vytvoril pás pevnejšieho svalstva, ktorý by pomohol „odpružiť“ na seba doliehajúce stavce s medzistavcovými platničkami, čím sa výrazne zníži bolestivosť chrbtice v stoji a pri pohybe.

Základné princípy pohybovej liečby

Cvičenie zostavujeme tak, aby:

- bola splnená podmienka čo najmenej deformácie a napätia stavcov v závislosti od základných druhov namáhania (ťah, tlak, šmyk, krútenie) a ich kombinácie,

- sa vyrovnala svalová dysbalancia t. j. aby pokojové napätie v agonistoch a antagonistoch bolo rovnaké.

Cieľom pravidelnej dlhodobej pohybovej liečby je [10]:

- zabrániť ďalšiemu úbytku kostnej hmoty a v kombinácii s medikamentóznou terapiou zvýšiť obsah kostného minerálu,
- zmierniť alebo odstrániť bolesti, a tak znížiť náklady na ich medikamentóznou liečbu.

Rehabilitačné postupy

Nesprávne zvolená metodika pohybovej liečby a pohybových stereotypov v každodennom živote u pacientov s osteoporózou môže viesť k tvorbe mikrofraktúr a k progresii deformácie stavcov následkom ich nesprávneho zaťažovania.

Preto považujeme za dôležité definovanie jednotnej metodiky pohybovej liečby, nakoľko pohybová liečba je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej antiosteoporotickej starostlivosti.

Stupne cvičenia pre chorých s odvápnením kostí

0. stupeň – obdobie akútnych komplikácií: pacient leží v nemocnici alebo doma v dôsledku zlomeniny stavca, krčka stehennej kosti alebo inej kosti, prípadne s koreňovým dráždením.

1. stupeň – obdobie veľkých bolestí: pacient nie je pripútaný na lôžko, v dôsledku bolesti sa však pohybuje s ťažkosťami. Tíňovité výbežky stavcov sú citlivé na poklep alebo stlačenie, vyskytujú sa svalové stuhnutia pozdĺž chrbtice.

2. stupeň – obdobie miernych alebo občasných bolestí: bolesť vznikne iba po dlhom statickom zaťažení (státie, sedenie) alebo pri určitých pohyboch, či zaťažení bez zjavných väčších svalových stuhnutí.

3. stupeň – obdobie tzv. stabilizovanej osteoporózy s röntgenologickými a klinickými znakmi rednutia kostí, ale bez väčších bolestí a svalových stuhnutí. Chorý je v dobrej kondícii. Po absolvovaní všetkých stupňov cvičení sa pacientovi povoľuje aj ďalší pohyb: prechádzky, plávanie, nenáročná turistika.

Stupeň 0

Zlomeniny chrbtice – pokoj na tvrdom lôžku, poloha na chrbte s mierne podloženými kolenami. Vhodné sú cviky na rozvoj dýchania a udržanie mobility pacienta. Zlomenina krčka stehennej kosti – poloha na chrbte, zdravá končatina pokrčená v kolene, chodidlo opreté o podložku. Vhodné sú cviky na zlepšenie pľúcnej ventilácie, na aktiváciu brušnej muskulatúry, na udržanie pohyblivosti chrbtice a tiež izometrická koncentrácia svalov dolných končatín [5].

Stupeň 1

Aktívna dýchacia gymnastika, cievna gymnastika, aktívne asistované cvičenie postihnutou končatinou, izometrická kontrakcia, aktívne cvičenie nepostihnutých svalov.

Stupeň 2

Opakovanie cvikov z prvého stupňa a pridávanie aktívnych cvičení chrbtových, brušných, gluteálnych svalov a svalov horných a dolných končatín.

Opakovanie cvikov z 1. a 2. stupňa pridanie ďalších hlavne cvikov na zvýšenie stability, koordinácie pohybov, na zlepšenie svalovej sily a pľúcnej ventilácie [5]. Je potrebné zvážiť v prevencii pádu prípadnú pomôcku pri chôdzi (palička) na zvýšenie istoty, zníženie strachu pri chôdzi hlavne po nerovnom teréne. Dôležitá je starostlivosť o zrak.

Záver

V kontexte prezentovaných informácií uvádzame:

- osteoporóze je možné včas a účinne predchádzať,
- osteoporózu a jej riziká možno včas diagnostikovať,
- osteoporózu možno včas a účinne liečiť, a tak predchádzať zlomeninám,
- aj malé zvýšenie kostnej hmoty liečbou zaistí podstatne väčšie zníženie rizika zlomenín (aj u starších ľudí), teda na liečenie osteoporózy nie je nikdy neskoro,
- náklady na ciele a zdôvodnené liečebné postupy nemusia byť vyššie ako náklady na liečbu zlomenín,
- utrpenie, úmrtia a drahé operácie spojené so zlomeninami sú častokrát zbytočné.

Odporúčania pre prax

Význam pohybovej terapie na udržanie kostnej a svalovej hmoty, a tým aj prevencie zlomenín, je nespochybniteľný. Bolesť, ktorá je častým sprievodným javom pri osteoporotických zmenách v skelete zvyšuje neprimerane napätie väzov a svalov. Predpokladom úspechu v liečbe je zmiernenie bolesti, zvládnutie správneho držania tela v prípade potreby s použitím podporných aparátov chrbtice a cieleňá pohybová liečba. Dominantnú úlohu má posilňovanie extenzorov trupu a tým vytvorenie dostatočne pevného svalového korzetu. Nesmieme zabudnúť na nácvik relaxácie paravertebrálneho svalstva. Liečebný program by mal byť doplnený nácvikom hlbokého dýchania, najmä hrudného. Všetky cvičenia sa vykonávajú pomaly, nesmie vznikáť nová bolesť. Cvičebný program musí byť individuálny podľa závažnosti osteoporózy a podľa pohybovej a mentálnej schopnosti pacienta. Najväčší nárast svalovej sily možno pomerne rýchlo dosiahnuť cvičením s maximálnou záťažou. Hlavne u starších pacientov, ktorí netolerujú cvičenie s maximálnou intenzitou, sa následne redukuje záťaž a zvýši sa počet opakovaní alebo frekvencia cvičenia na dosiahnutie rovnakého podnetu na posilnenie svalstva. Predpokladom zvýšenia kostnej denzity je vykonávanie primeranej pohybovej aktivity pravidelne a dlho, pretože po ukončení dlhodobého cvičenia kostná denzita pomerne rýchlo klesá k východiskovým hodnotám.

Literatúra

- [1] BLAHOŠ, J. 1995. Osteoporóza. Praha: Galén, 1995, 120 s. ISBN 80-85824-26-4
- [2] ĎURIANOVÁ, J. Mobilizačné techniky. Vysokoškolské prednášky. TU, Modra – Harmónia, december 2002.

- [3] ĎURIŠOVÁ, E. 2004. Osteoporóza, tichý zlodej kostí (cvičenia pri bolestiach chrbtice). Hlohovec: Aku-Homeo, 2004. 151 s. ISBN 80-969240-2-8
- [4] KAZIMÍR, J., POLÁKOVÁ, I.: S fitloptou proti osteoporóze. Bratislava: LAYLA, s.r.o., 2002, 33 s. ISBN 80-968692-1-3
- [5] KOCIÁN, J., MACOURKOVÁ, M. 2000. Cvičenia pri odvápnení kostí. Praha: Triton, 2000. 15 s. ISBN 80-7254-154-4
- [6] Lancet. Osteoporóza – choroba 21. stoloetia. [online]. Medicína odborné fórum lekářů a farmaceutů, 2002, č. 7-8, s. 4-6. Dostupné na internete: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0702/med0707.html>, dňa 21.01.2012
- [7] LETAŠIOVÁ, D. Pohybová liečba po zlomeninách pri osteoporóze. Rigorózna práca, Trnava, Trnavská Univerzita v Trnave, 2006. 49 s.
- [8] RODAN, P., DZIAKOVÁ, M. 1998. Pohybová aktivita a liečebná rehabilitácia v prevencii a liečbe osteoporózy. In Rehabilitácia. ISSN 0375-0922, 1998, roč. 36, č. 4, s. 229-237.
- [9] ŠTĚPÁN, J., WENDL, J. 1998. Osteoporóza v praxi. Praha: Triton, 1998, 122 s. ISBN 80-85875-82-9
- [10] WENDLOVÁ, J. 1999. Biomechanika chrbtice a jej význam v pohybovej liečbe pri osteoporóze. In EuroRehab. ISSN 1210-0366, 1999, roč. 9, č. 3-4, s. 39-42.

Adresa autora

PhDr. Daniela Letašiová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavská Univerzita v Trnave

Katedra ošetrovateľstva

e-mail: daniela.letasiova@gmail.com

KULTÚRNE VPLYVY ZAMERANÉ NA PROCES DOJČENIA V AFRICKÝCH KRAJINÁCH

Karin Liptáková, Jarmila Jakubeková, Andrea Botíková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra Ošetrovateľstva, Trnavská Univerzita v Trnave

Abstrakt

Príspevok kladie dôraz na proces laktácie u dieťaťa, ktorý má nepochybne pozitívne vplyvy na zdravie dieťaťa. Zaoberá sa odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie zamerané na kojenie. Poukazuje tiež na kultúrne vplyvy na samotnú laktáciu, pričom dôraz sa kladie na africké krajiny. Tu sa zameriavame na najčastejšie problémy, ktoré sa v mnohých krajinách daného kontinentu vyskytujú, a ktoré negatívne ovplyvňujú proces laktácie matky a jej dieťaťa. Nedostatočná štruktúra a podpora v oblasti zdravotnej starostlivosti a školstva, ťažké a chudobné podmienky, mylne propagujúce fakty či mýty, ako i samotná kultúra, negatívne ovplyvňujú kojenie v mnohých krajinách afrického kontinentu, z čoho následne vyplývajú mnohé ďalšie problémy týkajúce sa zdravia obyvateľov.

Kľúčové slová

Laktácia. WHO. Afrika. Mýty o kojení.

CULTURAL EFFECTS OF BREASTFEEDING IN COUNTRIES OF AFRICA

Abstract

The article is aimed on the process of lactation, which have positive influence on the health of child. It deals with WHO recommendations aimed at breastfeeding. It deals also with cultural influences on breastfeeding with emphasis on the countries of Africa. The article is focused on the most common problems of some countries of Africa, which can negatively influence the breastfeeding. The poor condition of some countries, the lack of infrastructure in health care system and education system, promotion of mythus about breastfeeding can have the negative effect on the breastfeeding.

Key words

Breastfeeding. WHO. Africa. Mythus about breastfeeding.

Úvod

Každá kultúra má vlastný pohľad na kŕmenie novorodenca. Žena, ktorá prichádza z kultúry alebo z rodiny, kde dojčenie dieťaťa nie je zaužívané, si môže zvoliť kŕmenie dieťaťa cez fľašu, alebo si zvolí iné spôsoby zaužívané v rodine. Väčšina kultúr dojčenie podporuje (Hatfield, 2007, s. 186). Samotné dojčenie a odstavenie dieťaťa môže byť ovplyvnené mnohými hodnotami spojenými s trendmi v spoločnosti, etnicko – kultúrnymi hodnotami,

podporou v spoločnosti, prístupom spoločnosti k informáciám o dojčení dieťaťa, ako i z osobnej viery a skúseností jedinca, ktoré sa týkajú dojčenia dieťaťa. Sestra by ako poskytovateľka zdravotnej starostlivosti mala byť vedomá, aké kultúrne pozadie na dojčiacu ženu pôsobí (Andrews, Boyle, 2008, s. 106).

Východiská riešenej problematiky

Kojenie poskytuje pre dieťaťa mnohé výhody - nutričné, imunologické, kognitívne a psychologické (Fitzpatrick, et al., 2011, s. 27). Metanalýza 9000 štúdií v rozvinutých krajinách zameraná na dopad dojčenia na zdravie dieťaťa a ženy poukázala na mnohé výhody dojčenia. Podľa tejto štúdie, majú dojčené deti menšie riziko náchylnosti na zápal stredného ucha, atopickú dermatitídu, gastrointestinálne infekcie, ochorenia dolných dýchacích ciest, astmu, obezitu, diabetes mellitus typu 2, leukémiu v detstve a syndróm náhleho úmrtia u dieťaťa. Na základe tejto metanalýzy matky, ktoré dojčia, majú znížené riziko vzniku diabetes mellitus 2, karcinómu prsníka a ovárií (Ip et al, 2007, in Fitzpatrick, et al., 2011, s. 27). Vhodná výživa v priebehu prvých dvoch rokoch života je základom pre optimálny rast, zdravie a psychosociálny vývoj dieťaťa. V priebehu prvých šiestich mesiacov je kojenie bez prídavkov iných potravín ideálnym spôsobom výživy dieťaťa (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 11). Kojenie sa považuje za súčasť reprodukčného procesu a za ideálnu výživu dieťaťa, vytvárajúcu ideálnu biologickú a emocionálnu základňu pre jeho ďalší rozvoj (Kelnárová, Matejková, 2010, s. 79). Materské mlieko predstavuje ideálnu formu výživy v prvých mesiacoch života u zrelého dieťaťa. Je prispôbené potrebám novorodenca, je stále k dispozícii, má primeranú teplotu, a je lacné (Muntau, A., 2009, s. 51). Kojenie má pre novorodenca veľa výhod. Materské mlieko obsahuje všetky živiny, ktoré novorodenec potrebuje v správnom pomere. Zloženie mlieka sa zároveň mení podľa premenlivých potrieb novorodenca. Tráviaca sústava novorodenca trávi materské mlieko najlepšie. Ďalšou výhodou kojenia je, že materské mlieko nespôsobuje alergiu, a prostredníctvom neho sa posilňuje prirodzená imunita dieťaťa. Prostredníctvom materského mlieka sa povzbudzuje vylučovanie mekónia. Samotné sanie z prsníkov zas prispieva k vývinu úst u dieťaťa. Kojenie tiež posilňuje vzťah matky a dieťaťa (Leifer, G., 2004, s. 261). Říčan (1989) nazýva kojenie takzvanou základnou školou sociálneho kontaktu, ktoré má okrem nezastupiteľnej úlohy zameranej na výživu a imunitu, nezanedbateľný vplyv aj na polozenie základov pre sociálne vzťahy (Říčan, in Kořátková, 2008, s. 15). Snaha o zlepšenie výživy dojčiat a malých detí viedla k mnohým národným i medzinárodným aktivitám, ktoré vyústili do prijatia Globálnej stratégie výživy dojčiat a malých detí členskými štátmi WHO na Svetovom zdravotníckom zhromaždení v roku 2002. Na základe tejto stratégie vypracovala Svetová zdravotnícka organizácia rámcové odporúčania o výžive malých detí do 10 základných bodov. WHO odporúča, aby sa po dobu 6 mesiacoch dieťa krmilo výlučne formou laktácie, bez prídavkov iných tekutín či potravín, ako je samotné materské mlieko. Príkrm by sa mal podávať po 180 dňoch života dieťaťa s tým, že dojčenie stále pokračuje. WHO ďalej odporúča, aby sa v dojčení dieťaťa pokračovalo podľa potreby dieťaťa do veku 2 rokov, alebo aj dlhšie. Zároveň je potrebné citlivo reagovať na potreby dieťaťa pri kŕmení, zachovávať správnu hygienu a zaobchádzanie s potravinami. Svetová zdravotnícka organizácia ďalej odporúča, aby sa v ukončených 6 mesiacoch u dieťaťa začalo s malým množstvom jedla, ktorého

množstvo sa s vekom zvyšuje, pričom sa súčasne udržuje dojčenie. Rôznorodosť a konzistencia stravy sa podľa potrieb a schopnosti dieťaťa postupne ako rastie, zvyšuje. S postupujúcim vekom by sa mala zvyšovať aj frekvencia podávaných príkrmov. Počet jedál závisí na energetickej hustote stravy, a na množstve jedla, ktoré dieťa skonzumuje pri každom kŕmení. Na zaistenie príjmu všetkých potrebných živín je potrebné dieťaťu podávať pestrú stravu. V prípade potreby je potrebné tak u matky, ako aj u dieťaťa zabezpečiť doplnky vitamínov a minerálov, prípadne obohatené potraviny. V poslednom odporúčaní WHO kladie dôraz na to, aby sa v prípade ochorenia u dieťaťa zvýšilo podávanie tekutín, aby sa častejšie dieťa dojčilo a povzbudzovalo. Jedlo by malo byť mäkké, obľúbené, lákavé. Pre uzdravenie by sa malo podávať jedlo dieťaťu častejšie, než obvykle, a dieťa by sa malo povzbudzovať, aby viac jedlo (Kudlová, Mydlílová, 2005, s. 12).

Analýza problematiky

Odporúčania WHO sú však niekedy len veľmi ťažko realizované v rozvojových krajinách. Okrem kultúrneho zázemia vplyvajú na matky aj ďalšie faktory, akými sú napríklad ťažké podmienky v danej krajine zahrňujúce nedostatočný systém v oblasti zdravotnej starostlivosti, vzdelávacieho systému a ekonomicko – sociálnej podpory jedincov. Okrem toho vplyva na samotné dojčenie aj vzdelanostná úroveň. Ženy s vyšším vzdelaním dojčia deti častejšie ako tie, ktoré majú nižšie vzdelanie (Hatfield, 2007, s. 186). V rozvojových krajinách, akou je aj Afrika, sa stretávame takmer s každým aspektom, ktorý sme už spomínali, a ktorý na dojčenie vplyva. Na dojčenie vplyvajú aj nesprávne názory a tvrdenia, ktoré sú kultúrou podmienené. Mýtov o tom, že materské mlieko je zlé, je množstvo. Tieto mýty sa vyskytujú hlavne v takých krajinách a kultúrach, v ktorých sú ženy prepracované, podvýživované a majú veľa detí (Maher, 1995, in White, E. s. 155). Rôzne kultúry majú napríklad rôzny pohľad na kolostrum, a sú dokonca také, ktoré ho považujú za nezdravé. Z toho dôvodu ho radšej ženy vyhodia, a čakajú pokiaľ nemajú zrelé mlieko (Castle, 1988, in White, E. s. 155). Ženy v Ugande sa v názoroch na kolostrum rozlišujú, avšak len jedna skupina žien verí, že kolostrum je zdravé pre deti. Všetky ostatné ho opisujú ako špinavú, vodnatú, žltkastú a nečistú tekutinu plnú chorôb. Niektorí dokonca veria, že môže obariť dieťaťu ústa, či zapríčiniť hnačku. Väčšina žien preto vyhodí veľkú časť kolostra (Nutrition Division, 1994 in White, E., s. 155). Pritom vieme, že kolostrum je vysoko kvalitné. Obsahuje viac bielkovín, a menej tukov a cukrov než mlieko zrelé. Tiež obsahuje ochranné látky (imunoglobulín A, lyzozým, laktoferín), ktorých je v kolostru najviac, čím pomáhajú chrániť novorodenca pred mikroorganizmami a cudzorodými látkami (Sedlářová, p., a kol. s. 87). Niektoré kultúry dokonca považujú aj zrelé materské mlieko za zlé. Pokiaľ si ženy myslia, že materské mlieko je celkovo zlé, obyčajne deti nekoja, pretože sa chcú vyhnúť tomu, aby mali choré dieťa (White, E., s. 155). Mnohé ženy v Afrike tiež vedia, že vírus HIV sa môže prenášať aj prostredníctvom laktácie z matky na dieťa, čím sa rozširuje predstava „zlého mlieka“. Mnohé, i netestované ženy majú otázky ohľadom bezpečnosti ich mlieka, a vyhýbajú sa kojeniu (White, E., s. 156). Existujú poverby aj o tom, že žena počas kojenia nemôže mať pohlavný styk, pretože to spôsobí poškvrnenie mlieka. Niektoré ženy v Ugande si tiež myslia, že sexuálna aktivita postihne ich materské mlieko, a obzvlášť vtedy, ak mala žena pohlavný styk s mužom, ktorý nie je otec jej dieťaťa (White, E., s. 156). Ženy kmeňa Mende zo Sierra Leone v Afrike napríklad veria, že

spermie kontaminujú mlieko, a preto svoje deti odstavujú, a nekoja ich. V Malawi, v Afrike, odráža materské mlieko morálne hodnoty matky a otca, a ich dôveru a vernosť, ktorú k sebe prechovávajú. Ak je otec neverný, a dotýka sa potom svojho dieťaťa, verí sa, že dieťa umrie vykrvácaním z nosa. Ak mala matka pohlavný styk s mužom mimo manželského zväzku, verí sa, že jeho spermie kontaminujú jej mlieko. Dokonca by sa malo zdržiavať aj pohlavného styku vo vnútri manželského zväzku. Verí sa totiž, že deti kŕmené mliekom s „obsahom spermií“ z každodenného pohlavného styku medzi matkou a otcom, sa oneskoria v naučení sa sedieť či chodiť (Obermeyer, Catle, 1997 in White, E., s. 156).

Niektoré ženy v Sudáne dokonca veria, že kojenie musí byť zastavené v momente, ako sa dozvedia, že čakajú ďalšie dieťa. Ak dieťa trpí hnačkou, alebo zvracia, podávajú im tradičné nápoje ako ryžová voda, či čaj s citrónom. Tieto tradičné nápoje sú prvou voľbou v liečbe. Pokiaľ však nenastane žiadne zlepšenie ani po niekoľkých dňoch, rozhodnú sa dieťa vziať do najbližšej nemocnice, či kliniky, ktorá však môže byť vzdialená stovky kilometrov od domova. Môže byť teda príliš neskoro na to, aby sa dieťa zachránilo. Celá situácia je prevažne zapríčinená nízkou vzdelanostnou úrovňou u žien, ktoré sú zodpovedné za prípravu jedla. Ženy nevedia čo má obsahovať zdravé jedlo, a čo by mali podávať rodine. V chudobných krajinách, ako je aj Sudán, je pre muža väčšinou príliš zložitý poskytnúť jedlo pre rodinu so 6 a viac členmi. V týchto krajinách je taktiež nízka miera možnosti zamestnať sa, hlavne u žien (Sari Edelstein, 2011, s. 411). Čo sa týka starostlivosti o dojča v krajine akou je Južný Sudán, stretávame sa s mnohými problémami. Jedným z nich je problém týkajúci sa kŕmenia dojčiat. Počas vojny bola schopnosť matky kŕmiť negatívne postihnutá v dôsledku nepriaznivých vojnových podmienok, ochorení, či malnutrície. Keďže matky neboli schopné kŕmiť svoje deti mliekom, kŕmili ich tým, čo našli. Voda však bola mnohokrát špinavá a znečistená, čo viedlo k hnačke, a k iným život ohrozujúcim ochoreniam, ktorých výsledkom bolo mnoho mŕtvych detí (Bubenzer, et al., 2011, s. 156). Aj keď je už niekoľko rokov relatívny mier medzi Severným a Južným Sudánom, život matiek v Južnom Sudáne ostáva stále extrémne ťažkým. Pokračujúca neistota a medzi kmeňové nepokoje, nedostatočný prístup k základným tovarom a službám, nedostatočná zdravotná starostlivosť, nedostatočný vzdelávací systém a podpora rodín či komunit sťažuje život v danej krajine (Bubenzer, et al., 2011, s. 158).

Vyčerpanie a podvýživa matiek je tiež veľký problém. Ženy z Južného Sudánu z vidieckych oblastí sa sťažujú na vyčerpanie a únavu, a na nedostatok mlieka pre deti. Z tohto dôvodu začínajú ženy kŕmiť deti napríklad ovsenou kašou, pri ktorej využívajú vodu, ktorá je často krát znečistená. Ženy nerozumejú tomu, že by mali deti kŕmiť výhradne materským mliekom, a nevedia, že im to môže dokonca aj zachrániť život. Sú aj také ženy, ktoré dokonca prvé mlieko – kolostrum odhadzujú, pretože veria, že je špinavé. Z našich vlastných skúseností z oblasti Južného Sudánu, ktoré sme získali počas pracovného pobytu v danej krajine prostredníctvom projektu Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave – budovanie kapacít v oblasti ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva a sociálnej práce v špecifických podmienkach Južného Sudánu, môžeme konštatovať, že ovplyvňovanie žien je vysoko náročná práca. Stretli sme sa s prípadom, v ktorom matka porodila dvojčiky v 6 mesiaci gravidity. Bolo potrebné, aby bola deťom zabezpečovaná dostatočná výživa aj prostredníctvom dojčenia tak, aby sa zabezpečilo prosperovanie dvojčiat. Maximálne úsilie

vynakladané na edukáciu matky zo strany zdravotníckeho personálu malo pozitívny vplyv na matku. Ošetrovateľský personál naučil matku, ako má správne dojčiť, vysvetľoval jej, prečo je dojčenie dôležité. Deťom sa darilo, a vo svojom vývine prosperovali, až do obdobia keď matka opustila nemocnicu. Mylné názory a mnohé zaužívané praktiky z danej kultúry ju ovplyvnili natoľko, že deťom vykonala klystír, pretože sa domnievala, že rastúce brucho u dieťaťa je výsledkom ochorenia, a nie príbratia na váhe. Jedno z novorodencov zomrelo. Pri práci so ženami v danej alebo podobnej krajine, je dôležité neustále trpezlivo edukovať o všetkých možných aspektoch spojených s výživou dieťaťa. Edukácia sa má prispôbiť tak, aby bola pochopiteľná pre ženy danej komunity, pretože v mnohých prípadoch je v danej krajine vysoké percento analfabetizmu. Je potrebné, aby boli matky v Južnom Sudáne edukované o dôležitosti a význame laktácie detí (UNICEF, 2008, in Bubenzer, et al., 2011, s. 156). Ako sme už spomínali, vyživovanie dieťaťa výlučne formou laktácie znamená, že nie je povolené žiadne iné jedlo, alebo tekutina (ani voda), ako samotné mlieko, s výnimkou suplementácie vitamínmi či minerálmi, alebo potrebnými liekmi. Svetová Zdravotnícka Organizácia na základe dôkazov stanovila optimálnu dobu trvania výhradne samotnej laktácie po dobu 6 mesiacov (WHO, 2001, in Ehiri, J., 2009, s. 236). Metanalýza 3 štúdií poukázala, že dojčené deti vo veku pod 6 mesiacov zomierajú v rozvojových krajinách v dôsledku hnačky s pravdepodobnosťou 6 x menšou ako tie deti, ktoré nie sú kojené (WHO, 2000, in Ehiri, J., 2009, s. 236). Pokiaľ sa so samotným dojčením pokračuje aj v období počas hnačky u dieťaťa, znižuje to nepriaznivý dopad na nutričný status u dieťaťa. Odhaduje sa, že propagácia dojčenia môže taktiež znížiť všetky príčiny mortality o 13 % (Jones, et. al, 2003, in Ehiri, J., 2009, s. 236).

Odporúčania pre prax

Ošetrovateľstvo, a sestry ktoré zohrávajú kľúčovú rolu v ňom, môžu pozitívne ovplyvniť to, ako laktáciu ženy vnímajú. Prostredníctvom edukácie a zdôrazňovania významu dojčenia sa môže na ženy vplývať. V rozvojových krajinách by intervencie týkajúce sa nutričného programu mali zahŕňať všetky cieľové skupiny ako matky, otcov či tých, ktorí sú do starostlivosti zapojení (stará matky, svokry), a taktiež aj vplyvné osoby z komunity. Rodiny ktorých deti sú dobre vyživované, môžu slúžiť ako tzv. model v komunite pri tom, ako napríklad správne koiť, či krmiť dieťa, a tak poskytovať vzájomnú podporu (Food and Agriculture Organization of the UN, 2005, s. 56). Jedným z faktorov, ktoré podporujú proces dojčenia už v prenatálnom období je aj význam informovanosti o prospešnosti dojčenia, a o technikách zaručujúcich úspešný začiatok a udržanie dojčenia (Sedlářová, P., 2008, s. 88).

Záver

V procese laktácie medzi matkou a jej dieťaťom zohrávajú kľúčovú rolu sestry, ktoré svojím interaktívnym prístupom môžu pozitívne vplývať na ženy všetkých kultúr, v celom svete. Je to práve sestra, ktorá môže vplývať na názor ženy. Činnosťami, ktoré môže v rámci svojich kompetencií vykonávať, je schopná pôsobiť na názory, vedomosti a správanie žien takým spôsobom, ktorý bude viesť k zdravému a zodpovednému životnému štýlu, dodržiavaniu odporúčaní v oblasti preventívnych opatrení a eliminácii rizikových faktorov v ich živote (Jakubeková, Ilievová, Karabová, 2010, s. 272). Pôsobenie v rozvojových krajinách je kvôli

mnohým faktorom, ktoré sme už spomínali oveľa náročnejšie, ale každý zachránený život prostredníctvom edukácie o dojčení môže priniesť sestre radosť a satisfakciu z dobre vykonanej práce, obzvlášť v tak náročných krajinách, akými sú rozvojové krajiny.

Zoznam použitej literatúry:

- [1] ANDREWS, BOYLE, 2008: *Transcultural concepts in nursing care*. 5 edition, II title, Wolters Kluwer. 2008. 487 s. ISBN 10:0781790379.
- [2] BUBENZER, F., et al., 2011: *Hope, pain and patience. The lives of woman in South Sudan*. South Africa: Fanele, 2011, 292 s. ISBN: 978-1-920196-36-3.
- [3] CASTLE, 1988 In WHITE, E.: *Breastfeeding and HIV/AIDS. The research, the politics, the womans responses*. 1. title, USA: McFarland Company, Inc Publishers, 1999. 204 s. ISBN: 0-7864-0694-1.
- [4] EHIRI, J., 2009. *Maternal and child health. Global challenges, programs and policies*. USA: Springer. 2009. 582 s. ISBN: 978-0-387-89244-3.
- [5] JAKUBEKOVÁ, ILIEVOVÁ, KARABOVÁ, 2010. *Integrácia prevencie karcinómu krčka maternice do predmetov ošetrovateľstva*. In *Vzdelávanie v nelekárskych odboroch. Zborník príspevkov zo 4. Medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: SZU, Bratislava 2011 ISBN 978-80-89352-470, s. 268 - 277.
- [6] FITZPATRICK, et al, 2012. *Encyclopedia of nursing research*. 3 edition. NY: Springer. 2012. 699 s. ISBN:978-0-8261-0750-3.
- [7] FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 2005. *Protecting and promoting good nutrition in crisis and recovery. Resource guide*. Rome. 2005. 162 s. ISBN: 92-5-105-257-3.
- [8] HATFIELD, N., 2007. *Pediatric nursing*. II title, Wolters Kluwer Health, 2007. 752 s. ISBN 13:978-0-7817-7706-3.
- [9] IP, et al., 2007 In: FITZPATRICK, et al.: *Encyclopedia of nursing research*. 3 edition. NY: Springer. 2012. 699 s. ISBN:978-0-8261-0750-3.
- [10] JONES, et al., 2003 In EHIRI, J.: *Maternal and child health. Global challenges, programs and policies*. USA: Springer. 2009. 582 s. ISBN: 978-0-387-89244-3.
- [11] KELNÁROVÁ, MATEJKOVÁ, 2010. *Psychologie pro studenty zdravotníckých oborů*. 1. Vyd., Praha: Grada, 2010. 168 s. ISBN: 978-80-247-3270-1.
- [12] KOŽÁTKOVÁ, S., 2008. *Dítě a materská škola*. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN: 978-80-247-1568-1.
- [13] KUDLOVÁ, MYDLÍLOVÁ, 2005. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha: Grada, 1. Vyd., 2005. 148 s. ISBN:8024710390.
- [14] LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovateľství*. 1. Vyd., Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN: 80-247-0668-7.
- [15] MAHER, 1995 In: WHITE, E.: *Breastfeeding and HIV/AIDS. The research, the politics, the womans responses*. 1. title, USA: McFarland Company, Inc Publishers, 1999. 204 s. ISBN: 0-7864-0694-1.

- [16] MUNTAU, ANIA CAROLINA, 2009. *Pediatric*. 1. Vyd. Praha. Grada, 2009. 608 s. ISBN: 978-3-437-43391-7.
- [17] NUTRITION DIVISION, 1994 In WHITE, E.: *Breastfeeding and HIV/AIDS. The research, the politics, the womans responses*. 1. title, USA: McFarland Company, Inc Publishers, 1999. 204 s. ISBN: 0-7864-0694-1.
- [18] OBERMEYER, CASTLE, 1997 In WHITE, E.: *Breastfeeding and HIV/AIDS. The research, the politics, the womans responses*. 1. title, USA: McFarland Company, Inc Publishers, 1999. 204 s. ISBN: 0-7864-0694-1.
- [19] ŘÍCAN, 1989 In KOŤÁTKOVÁ, S.: *Dítě a materská škola*. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN: 978-80-247-1568-1.
- [20] SARI EDELSTEIN, 2011. *Food, cuisine and cultural competency. For culinary, hospitality and nutrition professionals*. USA: Johanes and Barlett Publishers, LLC, 2011, 610s. ISBN 13: 978-0-7637-5965-0.
- [21] SEDLÁŘOVÁ, P., a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN: 8024716138.
- [22] UNICEF, 2008 In BUBENZER, F., et al.: *Hope, pain and patience. The lives of woman in South Sudan*. South Africa: Fanele, 2011, 292 s. ISBN: 978-1-920196-36-3.
- [23] WHITE, E., 1999. *Breastfeeding and HIV/AIDS. The research, the politics, the womans responses*. 1. title, USA: McFarland Company, Inc Publishers, 1999. 204 s. ISBN 0-7864-0694-1.
- [24] WHO, 2000 In EHIRI, J.: *Maternal and child health. Global challenges, programs and policies*. USA: Springer. 2009. 582 s. ISBN: 978-0-387-89244-3
- [25] WHO, 2001 In EHIRI, J.: *Maternal and child health. Global challenges, programs and policies*. USA: Springer. 2009. 582 s. ISBN: 978-0-387-89244-3

SYNDRÓM DRÁŽDIVÉHO ČREVA – CIVILIZAČNĚ PODMIENENÁ PORUCHA ZDRAVIA

Miroslava Líšková

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ, UKF Nitra

Abstrakt

Funkčné poruchy tráviaceho traktu sú rôzne kombinácie chronických alebo recidivujúcich gastrointestinálnych symptómov vo všetkých častiach tráviaceho traktu. Ide o poruchu činnosti zažívacieho traktu, ktorú charakterizuje porucha vyprázdňovania stolice (hnačka, zápcha alebo striedanie oboch), menlivá bolesť brucha, diskomfort, alebo napätie brušnej steny a nafukovania. Toto ochorenie sa v odbornej terminológii označuje ako colon irritable-syndróm dráždivého čreva (SDČ), v anglosaskej terminológii Irritable Bowel Syndrome (IBS). Cieľom príspevku je prezentovať terminologický, etiopatogenetický a epidemiologický prístup k problematike syndrómu dráždivého čreva ako civilizačnej poruche zdravia, ktorá je riešená aj odborníkmi z oblasti ošetrovateľstva.

Keľúčov  slová

Syndróm dr ždiveho čreva, funkčne choroby čriev, civilizačne ochorenie.

IRRITABLE BOWEL SYNDROME – CIVILIZATION RELATED HEALTH PROBLEM

Abstract

Functional gastrointestinal disorders are different combinations of chronic or recurrent gastrointestinal symptoms in all parts of the digestive tract. A disorder of the digestion tract, characterized by impaired bowel movements (diarrhea, constipation or alternating the two), uncertain abdominal pain, discomfort, or tension and abdominal bloating. This disease is the technical terminology referred to as colon irritable-irritable bowel syndrome (SDC), the Anglo-Saxon terminology Irritable Bowel Syndrome (IBS). Aim of this paper is to present the terminology, etiopathogenetic and epidemiological approach to irritable bowel syndrome as a civilization health problem, which is solved by the experts in the field of nursing.

Key words

Irritable bowel syndrome, functional bowel disease, civilization diseases.

Funkčne choroby tráviaceho traktu sú rôzne kombinácie chronických alebo recidivujúcich gastrointestinálnych symptómov vo všetkých častiach tráviaceho traktu, pre ktoré nie sú  trukturalne alebo biochemick  vysvetlenia (Demeter et al., 2008).

Medzi najčastejšie gastrointestinálne problémy patria funkčné choroby čriev. Podľa Lukáša (2007) ich možno klasifikovať nasledovne: dráždivé hrubé črevo, črevná dyspepsia, funkčná hnačka, funkčná zápcha, neklasifikovaná porucha funkcie čreva.

Množstvo ochorení tráviaceho traktu súvisí s civilizačným tlakom. „Adaptácia na nové životné podmienky je spojená so stresom. Adaptačná reakcia na stres je individuálna a závisí od genotypových a fenotypových znakov jedinca, ako aj od zložitej štruktúry spoločenských väzieb. Chronický stres, ktorému sme všetci každodenne vystavení, sa podieľa na vzniku mnohých ochorení. Veľkou skupinou multifaktoriálne podmienených porúch gastrointestinálneho traktu (GIT-u) vznikajúcich u predisponovaných jedincov pod vplyvom chronického stresu sú funkčné poruchy“ (Demeter et al., 2008, s. 468)

Základné príznaky SDC sú podľa Paulena (2008) bolesti brucha, poruchy vyprázdňovania ako je hnačka, zápcha, či striedanie oboch a nadúvanie. Ťažkosti bývajú obvykle prechodné a po odchode stolice sa zmiernia. K základným príznakom sa môže pridružiť pocit plnosti, prelievanie a škŕkanie v črevách a iné striedavé príznaky. Aj samotná bolesť sa môže striedať od nepríjemného pocitu až po krčovitú bolesť. Opakované nutkanie na stolicu, pocit nedostatočného vyprázdnenia konečníka, raňajšie časté vyprázdňovanie (aj pred raňajkami), prítomnosť hlienu v stolici a hnačka po konzumácii jedla a pod., dávajú ucelený obraz o chorobe. Časté sú podľa Paulena (2008) i mimočrevné funkčné poruchy (bolesti hlavy, únava, sklúčenosť, nepokoj, porucha spánku, pocit búšenia srdca, znížená výkonnosť a podobne).

Ako prvý popísal SDC Powel, už na začiatku 19. storočia, podrobnejšie výskumy ochorenia sa však realizovali až v druhej polovici 20. storočia. Od ostatných funkčných črevných ťažkostí bol SDC jednoznačne odlišený začiatkom 60-tych rokov 20. storočia (Lukáš, 2007). Snaha o presnejšie diagnostické kritériá sa začala v 70-tych rokoch tzv. Manningovými kritériami a pokračuje až doteraz v podobe III. Rímskych kritérií.

Termín syndróm „dráždivého čreva“ existuje už viac ako 50 rokov. Najst' jednoznačnú a najvýstižnejšiu definíciu je zložitá, pretože, tak ako mnohé definície v klinickej medicíne, „...aj definícia SDC sa skladá z operatívnych prvkov a zahŕňa tak kritériá zaradenia, ako aj vylúčenia.“ a podlieha tiež „...kontinuálnym adaptáciám klinickej praxe na nové nálezy, pohľady n problematiku a trendy.“ (Stockbrügger, 1999, s. 1).

Podľa Lukáša (2007) možno SDC definovať ako poruchu vyprázdňovania stolice spojenú s brušným diskomfortom alebo bolesťou brucha. Ťažkosti by sa mali u chorých prejavovať najmenej tri dni v mesiaci, po dobu najmenej troch posledných mesiacov, pričom by sa u pacienta mali vyskytovať aspoň dva, z troch dolu uvedených symptómov:

- a) úľava od bolesti brucha po vyprázdnení stolice,
- b) súčasne s bolesťami v bruchu sa objavuje zmena frekvencie vyprázdňovania stolice,
- c) dochádza tiež k zmene konzistencie stolice.

Lukáš ďalej upresňuje, že by malo ísť o dlhotrvajúce problémy, vyskytujúce sa minimálne 6 mesiacov pred návštevou lekára.

Typické pre túto definíciu, ako aj všetky ostatné je, že sa zakladá iba na symptómoch, pretože chýba akýkoľvek biologický ukazovateľ tejto choroby. Aj Demeter et al. (2008) potvrdzujú, že SDČ nemá jednoduché laboratórne markery a preto je jeho definícia a diagnóza založená len na symptómoch. Uvádzajú, že v súčasnosti sa používajú dva diagnostické systémy: Manningove kritériá a III. rímske kritériá. Na základe konzistencie stolice, odvolávajú sa na všeobecne známu Bristolskú klasifikáciu, hovoria o štyroch typoch SDČ:

- SDČ s prevahou obstipácie (IBS-C),
- SDČ s prevahou hnačky (IBS-D),
- SDČ s menlivým charakterom stolice (IMS-M),
- SDČ nešpecifikovaný (IBS-U).

Lukáš (2007) rovnako klasifikuje SDČ do štyroch skupín, pomenúva ich zápchovitá forma, hnačkovitá forma, zmiešaná forma, neklasifikovateľná forma. Jednotlivé typy SDČ sú však nestabilné, približne v 1/3 prípadov ročne dochádza k zmene konzistencie stolice (Demeter et al., 2008).

Podľa Stockbrüggera (1999) sa hnačkovitá forma SDČ vyskytuje zriedkavejšie ako forma zápchovitá, je tiež ťažšie medicínsky zvládnuteľná a pre pacienta často sociálne neúnosná. Presnejšie definovanie zápchovitej či hnačkovitej formy nie je jednoduché, pretože neexistuje absolútna definícia zápchy ani hnačky.

Etiológia a patogenéza

SDČ sa zaraďuje medzi civilizačné ochorenia, dáva sa často do súvislosti s industrializáciou, mestským spôsobom života, nesprávnym spôsobom životosprávy a stresom (Paulen, 2008).

Prokešová a Ševčíková (2008, s. 368) chápu etiológiu a patogenézu SDČ relatívne jednoducho: „Ide o regulačnú poruchu hrubého čreva, ktoré abnormálne reaguje na endogénne a exogénne podnety sprostredkované nervovým systémom. Ďalej sa môže podieľať prekonaná infekcia a dismikrobia (po užívaní antibiotík).“

Podľa Paulena (2008) SDČ je ochorenie multifaktorálne. Exogénne faktory ako chronický stres, črevná infekcia ovplyvňujú u predisponovaného jedinca spracovanie viscerálnych stimulov na úrovni čreva, miechy i mozgu. Následne dochádza k zmenám motility (hnačka, zápcha, nafukovanie) a citlivosti (bolesť, diskomfort). Pri fixácii takejto abnormálnej reakcie sa postupne vyvíja SDČ.

Príčiny vzniku SDČ však nie sú jednoznačne objasnené odborníci sa vyjadrujú o jeho vzniku ako o multifaktoriálnom procese, na ktorom sa podieľa celý rad vplyvov.

Lukáš (2007) považuje za najdôležitejšie momenty pre vznik SDČ nasledovné:

- a) primárna porucha motility s abnormálnou koordináciou jednotlivých častí hrubého čreva a patologicky vystupňovaným gastrokolickým reflexom,
- b) následky zápalu hrubého čreva,
- c) porucha senzorickej funkcie čreva s viscerálnou hyperalgéziou,
- d) zvýšená sekretorická aktivita kolickej sliznice.

Demeter et al. (2008) uvádzajú ako faktory vzniku SDČ exogénne faktory (chronický stres, črevná infekcia, strava) ktoré u predisponovaného jedinca môžu ovplyvniť spracovanie viscerálnych stimulov na úrovni čreva, miechy a mozgu. Následne potom dochádza k zmenám motility (hnačka, zápcha, nafukovanie) a citlivosti (bolesť, diskomfort). Fixácia týchto abnormálnych reakcií vedie k vývoju SDČ. Ako dlhodobo uznávané faktory vplývajúce na vznik SDČ popisujú psychické vplyvy ako:

- chronický stres - štúdie, ktoré využívali psychoterapeutické stratégie v manažmente SDČ dokázali pozitívny efekt na symptómy SDČ.
- psychické, fyzické a sexuálne zneužívanie – napr. týraní jedinca majú 3x vyšší výskyt SDČ (Walker et al. 1995, In. Demeter et al. 2008).
- úzkosť a depresia – sú to najčastejšie psychiatrické poruchy pacientov so SDČ, zhoršujú symptomatológiu ochorenia a negatívne ovplyvňujú jeho prognózu.

Paulen (2008) však uvádza, že: „Je rozšírený názor, že príznaky ochorenia môže vyvolať trvalý stres alebo rôzne psychické konflikty. Tieto faktory skutočne aktivizujú alebo zvýrazňujú príznaky, ale sami o sebe nevysvetľujú vznik a priebeh ochorenia.“

Za významný faktor vzniku SDČ sú považované infekčné ochorenia. Postinfekčný SDČ (PI-SDČ) je podľa Demetera et al. (2008) známy dlhodobo. Vyvíja sa približne v 7-33 percentách bakteriálnej gastroenteritídy. Má podobný klinický obraz ako SDČ po užívaní antibiotík, ktorý vzniká v dôsledku zmien kolonizácie čreva. Poškodenie črevnej flóry antibiotikami vedie k abnormálnej črevnej fermentácii a nadbytočnej tvorbe vodíka. Počas vývoja SDČ dochádza vplyvom uvedených faktorov k zmene percepcie stimulov v čreve a funkčným zmenám nervovej osi mozog - črevo.

Ehrmann (2008) ako najčastejšie teórie patogenézy SDČ uvádza:

- zmeny gastrointestinálnej motility,
- viscerálna hypersenzitivita (znížený prah citlivosti rekta alebo iných častí tráviaceho traktu),
- abnormálne chovanie črevných plynov (abnormálna pasáž plynov, nie však ich abnormálne zloženie či množstvo),
- psychosociálne faktory (kauzálny vzťah však Ehrmann považuje za skôr nepravdepodobný),
- vplyv CNS,
- gastrointestinálne infekcie,
- teória tzv. minimálneho zápalu a neuroimúnnej interakcie (IBS po akútnej enteritíde),
- črevná mikroflóra,
- serotonín (gastrointestinálny trakt obsahuje 90% serotonínu tela, ktorý je hlavným aktivátorom senzorickej, sekretorickej a motorickej funkcie čreva),
- genetické faktory (dvakrát vyšší výskyt IBS u mono- než u dizygotných dvojčiat).

Epidemiológia SDČ

Coremans (1999, s. 17) na základe odvolaní na viacero literárnych prameňov udáva, že „prevalencia príznakov SDČ v celkovej populácii v priemyselne vyspelých krajinách je vysoká“.

Výskyt ochorenia SDČ je skutočne vysoký, Tóth (2003) udáva, že sa pohybuje medzi 10-20%. Prvá návšteva lekára sa podľa neho vyskytuje vo veku 30-50 rokov, so zvyšujúcim sa vekom prevalencia klesá. SDČ sa však diagnostikuje aj u detí.

Pri údajoch o prevalencii SDČ sa vychádza z veľkých prieskumov realizovaných vo vyspelých krajinách. Demeter et al. (2008, s. 469) však upozorňuje, že „*Prevalencia SDČ závisí od použitých diagnostických kritérií, ako aj od špecifik sledovanej populácie.*“

Pokiaľ ide o vek, nie je nástup príznakov limitovaný dospelosťou.

Údaje o percentuálnom podiele výskytu SDČ sa pohybujú vo veľmi širokých rozpätiach. Prokešová a Ševčíková (2008) udávajú jeho prítomnosť asi u 15 – 20% adolescentov a dospelých. Demeter et al. (2008) popisujú výsledky prieskumu realizovaného v USA, Francúzsku, Novom Zélande, Dánsku a Číne, pri ktorom sa použili rímske a Manningove kritériá, s výsledkom 10-20% dospelých s ochorením SDČ. Lukáš (2007) uvádza, že funkčnou črevnou dyspepsiou trpí 10-15% dospelých populácie v západných krajinách Európy a USA. Získané údaje o prevalencii v rôznych krajinách sa rôznia, najmä údaje z rozvojových krajín so často diskutabilné, čo však môže súvisieť s tak s metodológiou získavania údajov aj s úrovňou rozvoja krajiny.

Demeter et al. (2008) odhadujú, že 10-50% ambulantných pacientov v gastroenterologickej praxi má SDČ, podľa Prokešovej a Ševčíkovej (2008) tvoria pacienti v ambulanciách praktických lekárov so symptómami SDČ až 40%,

Paulen (2008) uvádza, že najčastejšie sa SDČ prejavuje v mladom dospelom veku, častý je výskyt v puberte a môže sa vyskytnúť aj v starobe. Prokešová a Ševčíková (2008) ohraničujú najčastejší výskyt medzi 20. – 50. rokom života. Aj Coremans (1999) potvrdzuje, že prevalencia SDČ začína v strednom veku klesať. Prokešová a Ševčíková (2008) však upozorňujú, že SDČ vo vyššom veku sa nediagnostikuje aj preto, že sa myslí na závažnejšie ochorenia, pacienti užívajú viac liekov s vedľajšími účinkami ako pacienti v strednom veku a že SDČ sa prekrýva s inými ochoreniami (fibromyalgia, chronický únavový syndróm a pod.).

Prevalencia výskytu u ženského pohlavia je doložená vo viacerých literárnych prameňoch (Coremans, 1999; Prokešová-Ševčíková, 2008; Demeter et al., 2008; Lukáš, 2007).

Na základe údajov z USA lekára vyhľadá asi 25% pacientov s SDČ. Pomer žien k mužom u praktického lekára je 3:1 a u špecialistu je pomer 4:1. Čím sú vážnejšie príznaky, tým je pomer žien vyšší (Paulen, 2008).

Záver

Začiatok 21. storočia je spojený s výrazným rozvojom technológií a so zmenami v spoločnosti, ktoré ovplyvňujú každodenný život človeka. Adaptácia na nové životné

podmienky je spojená so stresom. Adaptačná reakcia na stres je individuálna a závisí od genotypových a fenotypových znakov jedinca, ako aj od zložitej štruktúry spoločenských väzieb. Chronický stres, ktorému sú ľudia každodenne vystavení, sa podieľa na vzniku mnohých ochorení. Veľkou skupinou multifaktoriálne podmienených porúch gastrointestinálneho traktu (GIT-u) vznikajúcich u predisponovaných jedincov pod vplyvom chronického stresu sú funkčné poruchy ako SDC, ktorý má vysokú prevalenciu najmä vo vyspelých priemyselných krajinách, kde je jeho zastúpenie v populácii dospelých medzi 10-20% a to predstavuje oblasť pre riešenie problematiky aj odborníkmi z ošetrovateľstva.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- [1] COLLINS, S. M. 1999. Process and prognosis. In: *Irritable Bowel Syndrome: guidebook*. London : Mosby – Wolfe Medical Communications, 1999, s. 81-86.
- [2] COREMANS, G. 1999. Epidemiology. In: *Irritable Bowel Syndrome :guidebook*. London: Mosby – Wolfe Medical Communications, 1999, 17-24.
- [3] DEMETER, Michal et al. 2008. Syndróm dráždivého čreva. In *Interná medicína*, ISSN 1335–8359, 2008, roč. 8, č. 9, s. 468-474.
- [4] EHRMAN, Jiří. 2008. Současné možnosti terapie dráždivého tračníku. In *Klinická farmakologie a farmacie*, ISSN - 1212-7973, 2008, roč. 22, č. 3, s. 99-102.
- [5] LUKÁŠ, Milan. 2007. Syndrom dráždivého tračníku. In *Interní medicína pro praxi*, ISSN 1212-7299 , 2007, roč. 9, č. 12, s 544-547.
- [6] PAULEN, Peter. 2008. Syndróm dráždivého čreva. (informačný leták) B.m : b.v. [ca 2008] 11 s.
- [7] PROKEŠOVÁ, Jitka – ŠEVČÍKOVÁ, Arona. 2008. Funkční onemocnění GIT – syndrom dráždivého tračníku. In *Medicína pro praxi*, ISSN - 1214-8687, 2008, roč. 5, č. 10, s. 368-371
- [8] STOCKBRÜGGER, R. 1999. Irritable Bowel Syndrome :guidebook. London : Mosby – Wolfe Medical Communications, 1999, s. 1-16.
- [9] TÓTH, J. 2003. Syndróm dráždivého čreva. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2003, roč. 1, č. 3, s. 17.
- [10] WALKER, E. A. et al.. 1995. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. In *Psychological Medicine*, ISSN: 0033-2917, 1995, 25, p. 1259-1267.
- [11] WHORWELL, P. J. 1999. Therapy. In *Irritable Bowel Syndrome :guidebook*. London : Mosby – Wolfe Medical Communications, 1999, s. 71-79.

Kontaktná adresa

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

DETERMINANTS OF HEALTH IN THE ROMA POPULATION FROM THE PERSPECTIVE OF THE ROMA

Vladimír Littva, Imrich Andrási

Faculty of Health, CU Ružomberok

Abstract

The main aim of the work was identification and analyze of attitudes of Romany people toward relationship between their social standing and health condition. The main focus was on survey. Our respondents came from 5 different Slovak cities, 5 villages with mixed citizens and 5 separated Romany settlements. The size of sample was 450 Romany people from 15 to 60 years. For data processing we used analytic method. The outcomes from the work led to the confirmation of the next suppositions:

H1: Knowledgeability concerning to the health conditions is better in the cities than in villages or separated settlements. 31 % of respondents from the cities, 27 % from villages, and only 6 % from separated settlement knew to identify their current illnesses and diseases. 65 % of respondents from the cities, 55 % from villages, and only 47 % from settlements has enough information about their health conditions or possibility to acquire it.

H3: Hypothesis, that majority of Romany people is considering discrimination as main reason for their unpropitious social status and bad health condition was confirmed more in the groups of older respondents 85 % 45 to 60 years old, and 89 % of respondents from separated settlements.

H4: Majority of Romany people considers social and health aid from government as not sufficient. 46 % of respondents expressed their opinion that most important impulse for change should be bigger financial aid and 49 % respondents consider work guarantee as the best impulse.

H2: Second hypothesis telling that younger respondents are better informed than older was not confirmed. From the answers we can see that difference between respondent's opinions are in the limit 3 to 5 %.

Key words

Romany people, Social background, Hygiene, Knowledgeableness, Social and Health Aid.

DETERMINANTY ZDRAVIA V RÓMSKEJ POPULÁCII Z POHĽADU RÓMOV

Abstrakt

Cieľom príspevku bolo identifikovať a posúdiť postoje rómskeho etnika k vzťahom medzi determinantmi zdravia a svojím zdravím. Pred napísaním bol vykonaný prieskum v 5 rómskych osadách, 5 obciach so zmiešaným (nielen) rómskym obyvateľstvom a 5 mestách Slovenskej republiky. Do prieskumu bola vybratá náhodná vzorka

450 respondentov vo veku od 15 do 60 rokov. Pri spracovaní údajov bola použitá analytická metóda. Výsledkom práce je potvrdenie nasledovných hypotéz:

H1: V mestách je lepšia informovanosť o zdravotnom stave a jeho závislosti na sociálnom prostredí. V mestách vedelo vymenovať svoje aktuálne choroby 31 %, v obciach so zmiešaným obyvateľstvom 27 % a v oddelených rómskych osadách len 6 % opýtaných. 65 % respondentov z miest, 55 % z obcí so zmiešaným obyvateľstvom a len 47 % opýtaných z oddelených rómskych osád vie všetko čo potrebuje ohľadom svojho zdravia, prípadne má prístup k informáciám. V mestách až 67 % opýtaných uviedlo ako zdroj rád lekára a sestru, v obciach so zmiešaným obyvateľstvom to bolo 52 % a v rómskych osadách len 22 %.

H3: Hypotéza, že väčšina rómskeho etnika vidí dôvod svojho zlého sociálneho postavenia v diskriminácii sa potvrdila. Najviac sa k diskriminácii ako dôvodu svojho nedobrého sociálneho postavenia prikláňajú respondenti z oddelených rómskych osád 89 % a vekovo staršia generácia 45 až 60 ročných 85 %.

H4: Väčšina Rómov považuje sociálnu a zdravotnú pomoc štátu voči nim ako skupine za nepostačujúcu. 46 % respondentov sa vyjadrilo, že by mal dať Rómom ako podnet k starostlivosti o svoje zdravie štát peniaze a 49 %, že by im bolo treba dať robotu.

H2: Druhá hypotéza, že mladší respondenti sú lepšie informovaní o sociálnych vplyvoch na ich zdravie sa nepotvrdila. Ukazovatele sa pohybovali v rozmedzí od 3 do 5 % u všetkých skupín obyvateľstva.

Kľúčové slová

Rómovia, Sociálne prostredie, Hygiena, Informovanosť, Sociálna a zdravotná pomoc.

Lead In

If we want to help Roma, it is first necessary to know the Roma ethnic group, its history, culture, traditions and needs him to own and only then participate in the project. There is no doubt that the Roma ethnic group has their own way of life. This way of life along with tradition is so different from the majority population, in every country where this ethnic group is, that at first sight it seems fragmented and different from all others groups of population.

Roma communities are currently threatened by a number of diseases. Many of them are also extended to the same amount as in the majority society, but some are specific to the Roma community.

- Infectious diseases - especially tuberculosis, syphilis, gonorrhoea, hepatitis and scabies. Periodically occurs meningitis. Higher than in majority population is the incidence of respiratory diseases (Lesňáková, A. 2008)
- Cardiovascular disease - these problems are mainly associated with late diagnosis of disease and an unhealthy lifestyle (Tupý, J. 2009).
- Malnutrition and poor diet - malnutrition is not associated so much with poverty or material deprivation, but rather improper distribution of the living resources in the

specified time period. It is no secret that in the first five days after receipt of welfare benefits, many Roma spend more than the rest of the month (Mojžišová, G. 2003).

- Some diseases are occurring almost exclusively among the Roma population. Congenital glaucoma (KG), which represents a major developmental abnormality, that causes blindness by an increase in intra-ocular pressure. The most typical congenital diseases of the Roma community are: phenylketonuria and congenital hypothyroidism (metabolic disorder causing lifelong disability), congenital deformity of the skull and some cases of mental retardation.

Looking at the calculation of the risk of disease in the Roma can be seen that thread is related to determinants of health which include:

- Lifestyle (weight indicator 50-60%)
- A genetic basis (10-15% weight ratio)
- Socio-economic and natural environment (20-25%)
- Health care (10-15%) (Štec, 2010)

In particular, it is necessary to note the individual determinants of health such as lifestyle and environmental factors - especially social background. For that reason it is necessary to improve Roma education in this area (Malíková, K., Magerčiaková, M. 2007).

Survey

Health of Roma in the last decade, moved to the forefront as one of the key public health problems. Not only in Slovakia but also in other European Union countries the Roma community is with its specific features and characteristics of a challenge for the future. On the one hand, each country recognizes the step change in the composition of the population and on the other hand, public health is looking for new, more matching approach to solving health problems that often marginalized population groups. One possibility to find solution understands the behavior and approaches of the Roma themselves to their health. Our survey is performed by recording the conversation - a questionnaire survey. Because this problem is very large we focused on the practical impact of some indicators and we define the following hypotheses:

H1: In the cities is better information about health and its dependence on social environment.

H2: Younger respondents are better informed about the social impacts on their health.

H3: The majority of the Roma ethnic group sees the reason for his poor social status in discrimination.

H4: Most Roma considers social and medical assistance from state as not sufficient.

We performed survey among the citizens of the Roma community living in three distinctively different conditions: homogeneous Roma settlements, in villages with mixed population (Roma and Slovak ethnic group), and in cities. As cities we selected: Poprad, Kežmarok Ružomberok Liptovský Mikuláš and Spišská Bela. This selection represents the diversity of both its size and the percentage of Roma population. Among municipalities with mixed

populations, we have chosen: Hniezdne, Batizovce, Východnú, Spišské Bystré and Krížovú Ves. The groups in separated Roma settlements were included in: Lubica, Stara Lubovna Letanovce, Stráne pod Tatrami and the settlement of Dobrá Vôľa. The exploratory sample set consisted of 450 respondents who were not health workers. Selection of respondents was deliberate.

Access to safe drinking water

Analysis of information obtained from responses we found that 66% of respondents have access to safe drinking water from public pipes distribution, 16% from public wells - questionable safety, 15% from the tank and 3% said they do not have access to drinking water. Furthermore, we found that in younger generation is the percentage of access to drinking water higher. 74% of 15 to 30 years old has access to safe drinking water, but only 50% from 45 to 60 year olds. In the city 100% of respondents have access to drinking water from public water supply, but in separate Roma settlements only 27% of respondents.

Access to flush toilet

32% of respondents have their own flush toilet, 22% of respondents shared flush toilet for more dwellings, 28% of respondents use own an outdoor toilet and 18% of respondents use external shared bathroom. In terms of age, there are large differences between the groups. In contrast, in terms of type of residence most of the respondents living in cities 81% have their own flush toilet and 19% common flush toilet, while respondents from segregated Roma settlements are using mainly outside toilet - 44% own and 43% shared toilet.

Knowledge about healthy food

33% of respondents think that healthy food is big and tasty food, 32% thinks that it is diet foods and 34% do not know what healthy eating means. Responses by individual ages are basically balanced. In terms of type of residence 42% of the respondents from cities identified healthy eating with diet foods and 39% of good big food. Only 19% could not identify what the term healthy diet means. From the village of mixed population 42% of respondents could not answer, and 39% healthy food identified with dietary meals. The worst is the knowledge of separate Roma settlements. 44% could not answer, 41% opted for a good big meal, and 13% of dietary meals and 2% to the health food presented do not eat meat. It follows that the greatest awareness and knowledge about healthy eating are in towns and the smallest in isolated Roma settlements.

Segregation

The analysis showed that 80% of respondents are inclined to believe that non-Roma have bigger benefits as Roma population and 20% did not answer. None of the respondents does not share the view that non-Roma have no benefits. The responses by age group were in large variations. In terms of type of residence Roma living in segregated settlements perceived discrimination stronger - up to 89%, while in urban areas only 77%.

What is the biggest treat for health?

29% of respondents considered as the biggest problem destroying their health, little money, lack of work places 23%, 22% poor housing, 17% illiteracy, 4% incorrect eating habits, 3% non-compliance with personal hygiene, and 2% the bad environment. The analysis of this issue is particularly important given the fact what the opinion of Roma about their health is.

The responses indicate the prevailing misconceptions that health depends more on finances, work and housing. The very fact has been underestimated as a good diet, environment in which human lives and personal hygiene. In terms of age, the younger generation from 15 to 30 year is better informed, but well below the necessary knowledge. In contrast, a group of 45 to 60 downplays completely wrong eating habits and bad environment. In terms of type of residence in the cities the cause of ignorance leads to 30%. In villages with mixed population felt that the most common cause is lack of money 35%. Good personal hygiene is not important in either group of respondents. Only 3 to 5% of respondents in each group realize the importance of personal hygiene for human health

Health awareness

87% of respondents think that Roma should learn in school more about caring for health. Only indicator of respondents from the city is slightly higher than in other - 97%.

Conclusion

The problem of the Roma is not in health care system. Health professionals are capable and can provide for both: Roma and non-Roma residents' health care in good quality and quantity without any problems and differences of race and ethnicity. Roma problem in terms of health care is related to lifestyle, unhealthy diets, alcoholism, excessive tobacco use, disordered social acting in families, high concentration of individuals in housing units, low hygiene habits, etc., This determinants have a significant impact on the increased incidence of some diseases, particularly infectious.

Roma issue is global and not a simple matter. This will require the involvement of all spheres of our society, and especially the Roma themselves, and their organizations.

BIBLIOGRAPHY

- [1] Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community, Fundación Secretariado Gitano
- [2] MALÍKOVÁ, K., MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. Zdravotná výchova v rómskej komunite. In: *Ošetrovateľstvo a zdravie*. Trenčín : Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, 2007. 174-189 s. ISBN 978-80-8075-208-8
- [3] MOJŽIŠOVÁ, G., a kol. 2003. *Životný štýl a zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku a v zahraničí*. In: *Slovenský lekár*, 13.(27.) ročník, číslo 1-2/2003. ISSN 1335-0234. s. 64 -66
- [4] Znižovanie nerovností v zdravotnej starostlivosti v rómskych komunitách. [cit. 2012-10-02]. Dostupné na internete <http://www.pdcs.sk/uvod-zdravotna-starostlivost>
- [5] Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002 str. 47-54. *Rómovia a chudoba v Národnej práve o ľudskom rozvoji SR 2000*. UNDP, CPHR, Bratislava (2000).
- [6] LESŇÁKOVÁ, A. 2008. *Sexuálne prenosné infekcie vyvolané Chlamydia trachomatis*, In: *Disputationes scientificae universitatis catholicae in Ružomberok*. Ružomberok : PF KU, 2008. ISSN 1335-9185. - Roč. 8, č. 3(2008), s. 240-248.

- [7] National Action Plan of the Slovak Republic Regarding the Decade of Roma Inclusion 2005 – 2015
- [8] ŠTEC, P. 2010. Determinanty zdravia, [cit. 2012-10-02]. Dostupné na internete:<http://www.promeda.sk/7972/>
- [9] TUPÝ, J. 2009. Trombofilné stavy a hypercholesterolémia - ich nové možnosti detekcie v profílaxii kardiovaskulárnych ochorení rómskej populácie. In: Dialóg ako cesta spolužitia. Problematika rozvíjania spolužitia viac etnickej spoločnosti odstraňovaním vzájomných bariér, Ružomberok 2009, s. 239-248, ISBN 978-80-8084-538-4.

PECULIARITIES AND COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE POPULATION MORTALITY CAUSED BY THE MAIN REASONS IN UKRAINE, THE CZECH REPUBLIC AND OTHER EUROPEAN COUNTRIES

Oleh Lyubinetz¹, Genadij Slabkyj², Yaroslav Pylypets¹, Jaroslav Stančiak³, Jan Rutowski⁴, Jaroslav Hrzhybovskyj¹

¹Health Care Management Department Danilo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

²Ministry of Health of Ukraine State Institution “Ukrainian Institute of Strategic Researches” Ukraine

³Katedra zdravotníckych štúdií, Vysoká škola polytechnická, Jihlava, Czech Republic

⁴Institute of Nursing and Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Rzeszow, Poland

Abstrakt

Introduction

In Ukraine is a high level of mortality of the population and dynamic of the main medical demographic processes is marked by long – term stagnation.

Ways and methods

Demographic data, medical statistics in Ukraine, Czech Republic, Slovakia, Poland, the Russian Federation, Sweden and in other European countries.

Discussion

In comparison with the countries of Europe in Ukraine was the largest population decline (-12,17 %), while in Sweden, the Czech Republic and Slovakia the increment was observed. The main reason of such changes in Ukraine has become a significant increase in mortality of the population and reduces the level of fertility. In the hierarchy of death causes of the population of Ukraine for the year 2009, as in previous years, the first five seats are taken by: diseases of the circulatory system (66,6% of the general public of the death) (12.7%), neoplasm's (12,7%), external causes of death (6.3%), diseases of organs of digestion (3.8%) and respiratory diseases (2.8%).

The mortality caused by this disease was 3, 2 times as large higher than the average European death rate. The main cause of death in this class was coronary heart disease, which was the highest in Ukraine and was met 5.9 times more often than in Sweden, in 5.1 times – than in Poland, 2,9 times – than in the Czech Republic and in 1,8 times – than in Slovakia. In Ukraine observed a slightly lower from average European levels of mortality from neoplasm and positive dynamics of decrease of mortality from external causes.

Conclusion

The mortality state of the population of Ukraine which is one of the highest in Europe and this fact requires urgent priority actions from government side making use of the experience of such countries as the Czech Republic, Slovakia and Poland.

Key words

Mortality, Ukraine, diseases of the circulatory system, oncology, external causes of death.

Introduction.

The deterioration of the population health is the most acute and urgent problem of today. In this connection the main purpose of the demographic crisis has to be focused on the overcoming of the health demography crisis. The aim of the demographic policy in this field is saving and improving the health condition of the population, extending the life time, reduction of the level of the ahead of time deaths from reasons which can be avoided as well as prolongation and improving the quality of life of chronically sick and disabled persons. [1, 4, 5, 6, 9].

The mortality increase in Ukraine has a complex set of long-time reasons: the low life level of the population and its abrupt worsening in the crisis period, the unsatisfactory state of the health care system formed during the Soviet times and the modern healthcare crisis, the deterioration of the environmental conditions and the impairment of health both from the state side and the citizens themselves. [3, 7, 8]. As far back as 1960 the average life expectancy in Ukraine was not only lagging behind the level of the developed world countries but it was even exceeding it – it was higher than in Japan, France and Germany and bit less than in Sweden [2]. However, in contrast with the developed world countries, where in the second half of the 20th century there were observed tangible shifts in the dynamics and mortality structure, the dynamic of the main medical and demographic processes in Ukraine is marked by the long term stagnation.

Aim

The comparison of the mortality conditions of the Ukrainian population from the 3 main reasons with the data in Czech Republic, Slovakia and other European countries.

Ways and methods

Demographic data, medical statistics.

Results and discussion

Since 1991 the populations of Ukraine have begun to steadily decline in member (table 1). Compared with the data in the individual countries of Europe there happened in Ukraine the largest population decline of 12,17 per cent, while in Sweden, the Czech Republic and Slovakia there was observed the population growth. A significant increase of the population mortality and reducing of the birth-rate level have become the main reason of such changes (fig. 1).

Table.1 Number of population of Ukraine and other countries of Europe in 1991-2010, thous. persons

Year / Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	10308,7	38244,5	148244,8	5283,4	8613,7	51745,9	473807,8
1996	10315,4	38618,0	147373,0	5373,8	8841,0	50859,1	478420,0
2001	10224,2	38250,8	144386,8	5379,0	8896,1	48830,2	482155,1
2006	10266,6	38132,3	142487,3	5391,2	9080,5	46607,4	492319,7
2007	10322,7	38116,0	142114,9	5397,8	9148,1	46465,6	494643,9
2008	10429,7	38115,9	141956,4	5407,0	9219,6	46077,8	496441,7
2009	10491,5	38153,4	141909,3	5418,4	9298,5	45873,0	497938,9
2010	10493,0	38277,0	142958,0	5462,0	9380,0	45448,0	500388,3
2010 to 1991, %	+1,78	+0,08	-3,57	+3,38	+8,90	-12,17	+5,61

WHO, 2011

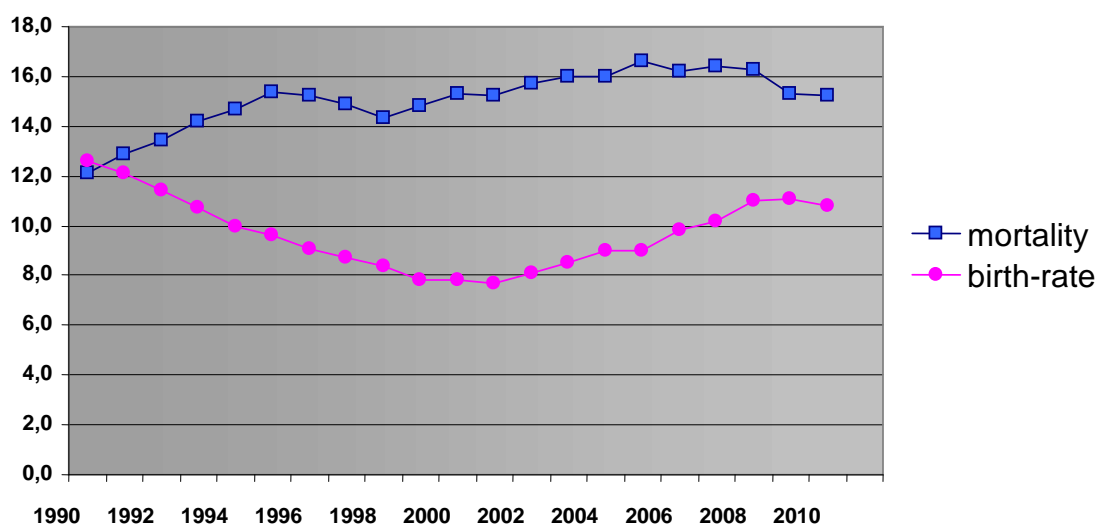


Fig. 1. Birth-rate and mortality of the population in Ukraine (1990-2010 years)

Thus in 1990 the total mortality rate made 12,17 per 1000 people and reached its highest rate in 2005 – 16,6 per 1000 people. For the last ten years the overall mortality rate has been staying at a high level – 15,2 – 16,6 per 1000 people. The formation of such mortality magnitude was taking place in conditions of accelerated demographic ageing, which due to a rapid increase of the aged contingent in the population did not only structurally heighten it, but also intensified the rate of the population extinction.

As of January 1, 2011 there lived in Ukraine 6965, 2 individuals aged 65 and older and it numbered 15,3 per cent of total population. Compared with 1990 the number of persons of this age has increased by 12,8 per cent.

In the selected for comparison European countries the mortality level was more than 30 per cent lower than in Ukraine excluding the Russian federation where the mortality was lower by 8 per cent (table 2). In this very country the highest level of mortality growth is being observed – as compared with the time before 1990 the mortality has increased there by 24,3 per cent. In Ukraine the mortality growth is also being observed by 19,3 per cent. In other countries the positive lowering of the mortality level is taking place and it was the most intense in the Czech Republic – by 15,1 per cent.

Table. 2 The death rate of the population of Ukraine and other countries of Europe in 1991-2009, 100 thousand persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	12,06	10,56	11,40	10,34	11,02	12,92	10,43
1996	10,93	9,98	14,21	9,53	10,61	15,27	10,34
2001	10,54	9,50	15,68	9,66	10,54	15,28	9,93
2006	10,17	9,69	15,21	9,89	10,05	16,27	9,63
2007	10,14	9,90	14,64	9,98	10,04	-	9,67
2008	10,06	9,95	14,62	9,83	9,93	16,37	9,67
2009	10,24	10,09	14,17	9,77	9,70	15,41	9,64
2009 to 1991, %	-15,09	-4,45	+24,30	-5,51	-11,98	+19,27	-7,57

WHO, 2011

The structure of the reasons of death of the Ukrainian population combines in itself the elements of traditional and modern pathology structures. The high level of mortality from endogenous diseases (diseases of the circulatory system, neoplasm) borders on the no less significant mortality from exogenous causes (accident, poisoning and injuries, infection and parasitic diseases, some deceases respiratory and digestion system). In 2009 in Ukraine 85,6 per cent of all deadly causes accounted for the three main causes of death cases: diseases of the circulation system, neoplasm and accident, poisoning and traumas. The rise of mortality and reducing of the average life expectancy took place in Ukraine mainly due to the increased mortality of the young and middle aged people from the accident, poisoning, traumas (external actions) and the population of the middle older age – from cardio-vascular diseases.

In the hierarchy of the death causes of the population of Ukraine for the year 2009 as in the previous years, the first five seats are taken by: the diseases of the circulatory system (66,6 per cent of the general public of death), neoplasm (12,7 per cent), external causes of death (6,3 per cent), diseases of digestion system (3,8 per cent) and respiratory diseases (2,8 per cent) (table 3).

Table. 3 Causes of death of the population in Ukraine (1991-2009 years)

Years	Total dead, thousand persons	of them from:					
		diseases of the circulatory system	neoplasmas	external causes of death	diseases of organs of digestion	respiratory diseases	some infectious and parasitic diseases
1991	669,9	349,3	105,1	61,0	-	38,7	-
2005	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
2006	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
2007	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
2008	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
2009	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1

The diseases of circulatory system make the main problem in Ukraine. The mortality caused by this disease was 3,2 times as large higher than the average European death rate. This year the death rate in Ukraine was equal to 737, 59 per 100 thousands people while in the Czech Republic and Poland much lower rates were observed, that is more than two times as less (356,25 -356,99), in Sweden almost four times as less (186,90). In Slovakia the rates were lower 939, 5 Per cent (446, 61) and in Russia – 7, 4 per cent (682, 98) (table 4). In Ukraine during the period from 1990 to 2005 there was marked a continuous growth of mortality (the highest level was 827, 18 per 100 thousands people. At the beginning of 2010 comparing up to 1991 the growth amounted to 20,6 per cent. In other countries (except for the Russian Federation) the mortality reducing from the diseases of the circulation system was going on for the same time.

Table. 4 Ddeath rate of the population of Ukraine and other countries of Europe from diseases of the circulatory system in 1991-2009, 100 thousand. persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	615.65	609.35	659.12	611.33	332.79	611.52	394.24
1996	529.74	524.63	755.70	549.50	286.89	774.58	353.09
2001	459.78	433.98	806.96	538.62	248.66	777.20	300.08
2006	386.33	372.19	782.41	499.26	206.90	801.63	250.78
2007	370.66	365.49	737.30	484.40	200.86		242.19
2008	355.60	356.90	724.24	461.12	195.61	781.39	233.31
2009	356.99	356.25	682.98	446.61	186.90	737.59	227.59
2009 to 1991, %	-42,0	-41,5	+3,6	-26,9	-43,8	+20,6	-42,3

WHO, 2011

The ischemic heart disease was standing as the main cause of death in Ukraine. It was noticed more than 5,9 times as large than in Sweden, 5,1 times as large than in Poland, 2,9 times as large than in Czech Republic and 1,8 times as large than in Slovakia (table 5).

Table 5 The death rate of the population of Ukraine and other countries of Europe from ischemic heart disease in 1991-2009, 100 thousand persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	298.46	126.95	316.77	323.2	179.52	332.71	147.31
1996	235.22	105.68	357.54	279.17	148.8	470.82	133.24
2001	184.2	134.26	379.43	287.99	120.67	499.31	115.28
2006	168.91	111.42	385.55	246.35	98.45	529.44	94.68
2007	185.71	104.22	369.68	266.48	92.97	-	91.9
2008	176.13	102.32	366.5	278.25	89.97	516.53	88.69
2009	170.12	96.94	351.72	268.08	83.67	493.45	86.41
2009 to 1991, %	-43,0	-23,6	+11,0	-17,1	-53,4	+48,3	-41,3

WHO, 2011

The mortality situation from neoplasm is highly specific on European back ground. This is hardly the only class out of the significant disease classes the mortality from which is traditionally lower in Ukraine than in the European countries (both with the developed and the transitional economics). Such a situation, according to E.Libanova, can be caused by the really lower levels of mortality as far as the death from neoplasm still higher mainly in the older age, significant part of the diseases, especially men, do not simple live to old age dying from other causes [2].

Comparing the mortality rate from neoplasm it is revealed that in Ukraine in 2009 it was 158,2 and it practically did not differ from the indicators from Sweden – 144,8. At the same time in the Russian Federation the death rate was higher on 15 per cent and in Slovakia, the Czech Republic and Poland it was 24,3-27,5 per cent higher (table 6). The age factor is the most important factor which is not to the benefit of Ukraine.

Table 6 The death rate of the population of Ukraine and other countries of Europe from onkopatologii in 1991-2009, 100 thousand persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	257.05	213.78	202.68	222.95	165.95	188.48	201.1
1996	243.38	213.82	195.82	222.31	160.25	176.8	194.82
2001	234.07	217.84	190.73	222.25	157.85	169.04	186.46
2006	212.59	210.24	181.23	203.12	152.33	161.65	175.29
2007	204.17	208.72	180.99	203.95	149.06		173.93
2008	200.87	204.71	180.41	201.24	146.96	159.08	172.72
2009	197.4	201.75	182.1	196.71	144.83	158.23	171.91
2009 to 1991, %	-23,2	-5,6	-10,2	-11,8	-12,7	-16,0	-14,5

WHO, 2011

In Ukraine since 1996 although there has been a positive dynamics of the mortality decrease from external causes (comparing with 2009 by 37,8 per cent) and it was lower in 2009 than in Russia by 33,1 per cent however it was exceeded the mortality levels in Poland (in 1,7 times), in Slovakia (in 1,9 time), in the Czech Republic (2,0 times) and in Sweden (2,7 times) (table 7). In Russia this indicator was 1,5 as large higher than that in Ukraine.

Table. 7 The death rate of the population of Ukraine and other countries of Europe from the action of external factors in 1991-2009, 100 thousand persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	82.23	86.76	145.08	80.9	47.92	118.67	58.05
1996	70.08	72.4	211.22	68.17	38.61	158.23	50.77
2001	60.86	64.09	224.1	56.17	40.63	150.01	45.35
2006	50.46	61.27	188.3	54.45	37.51	130.33	39.9
2007	51.66	59.77	171.83	52.2	38.68		39.04
2008	50.12	60.67	161.07	55.31	37.93	124.01	38.57
2009	48.21	57.62	147.17	51.01	37.06	98.44	37.79
2009 to 1991, %	-41,4	-33,6	+1,4	-36,9	-22,7	-17,0	-34,9

WHO, 2011

It is extremely important to establish the fact from what external factors the mortality was rising for the resent years in Ukraine. In 2009 in the mortality structure by class “Traumas, poisoning and some other consequences of the external factors actions” the most important factors were suicides – 19,89 per cent, road accidents – 13,41 per cent and alcohol intoxication – 13,08 per cent (fig. 2).

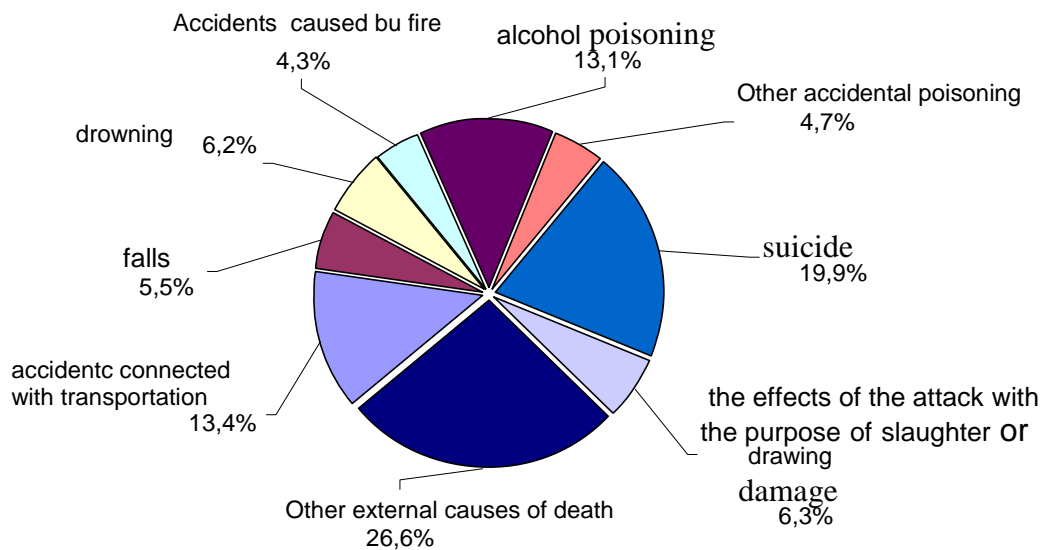


Fig. 2. Causes of mortality of the population from injury, poisoning and other consequences of actions of external factors in Ukraine in 2009

The analysis of the external factors, namely road accidents and suicides in Ukraine should particularly analogical correlation of the death frequency from the causes in other countries as well. Only deaths from road accidents in Sweden were lower in relation to mortality because of suicide.

In 2009 the mortality from suicide was the highest in the Russian Federation and in Ukraine respectively 24,15 and 19,02 on 100 thousands people. However, there was taking place a reducing of dead cases from suicides in all countries, especially in Slovakia and the Czech Republic were the reduction was more than 32 per cent (table 8).

Table. 8 The death rate of the population of Ukraine and other countries of Europe from suicides and selfinjury in 1991-2009, 100 thousand persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	18.23	14.68	27.01	15.29	16.08	20.63	13.39
1996	14.33	14.41	39.15	12.84	13.13	29.43	12.71
2001	14.52	14.93	37.89	12.59	12.17	25.72	11.55
2006	12.22	14.25	27.63	-	12,00	19.54	10.36
2007	11.90	12.94	26.57	-	11.36	-	9.92
2008	11.79	13.87	24.67	10.21	11.62	18.50	10.18
2009	12.40	15.78	24.15	10.30	12.33	19.02	10.42
2009 to 1991, %	-32,0	+7,5	-10,6	-32,6	-23,3	-7,8	-22,2

WHO, 2011

At the same time the mortality from the road accidents decreased still more in all the countries. Its level lowered 1,5 times as large (table 9).

Table. 9 The death rate of the population of Ukraine and other countries of Europe from all transport cases in 1991-2009, 100 thousand persons

Year /Country	The Czech Republic	Poland	The Russian Federation	Slovakia	Sweden	Ukraine	UE
1991	14.93	26.58	30.85	-	8.84	25.23	16.85
1996	14.13	19.34	22.73	15.74	5.99	16.31	13.03
2001	13.53	15.88	27.16	14.94	6.81	17.37	11.55
2006	9.92	13.52	25.1	-	5.32	19.85	9.01
2007	11.19	14.71	25.64	-	5.03	-	8.9
2008	10.28	14.57	23.2	13.27	4.46	19.42	8.3
2009	9	12.12	19.69	9.17	3.75	13.29	7.74
2009 to 1991, %	-39,7	-54,4	-36,2	-41,7	-57,6	-47,3	-54,1

WHO, 2011

The highest level of mortality rate in 2009 was going on in Russian Federation, Ukraine and Poland. It was within 19,69-12,12 per 100 thousands persons.

Conclusion

Ukraine has been going on through a deep demographic crisis for a long time. The mortality state of the population of Ukraine which is one of the highest in Europe and this fact requires urgent priority actions from government side making use of the experience of such countries as the Czech Republic, Slovakia and Poland.

In order to reduce the level of mortality it is necessary:

1. To develop social norms ensuring the population the high quality medical aid on the basic of standardization and requirements of the evidence based medicine;
2. To create problems concerning solving medical and demographic problems on the basic of data on the population mortality;
3. To achieve a clear interaction among different agencies and rescue services including ambulance, providing then with modern vehicles and equipment;
4. To conduct special training for medical personnel and employers of the rescue services rendering emergency medical aid;
5. To expand propaganda of the healthy way of life especially among the youth.

Literature

- [1] ATLAS OF HEALTH IN EUROPE / 2nd edition 2008. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008. – 126 p. ISBN 978 92 890 1410 6.
- [2] LYBANOVA E. 2007. Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні. Журнал АМН України. 2007, ро́ч 13, є. 3, s. 411-447.
- [3] LYUBINET S. O. 2008. The policy of leading countries of the world in solution of demographic problems Україна. Здоров'я нації. ISSN 2077-6594, 2008, 3, є. 2, s.16-22.
- [4] MATHERS C.D., LONCAR D. 2006. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PloS Medicine, 2006, Vol.3, є.11, s. 2011-2030.
- [5] MATKOVIĆ T., ŠUĆUR Z., ZRINŠČAK S. 2007. Inequality, Poverty and Material Deprivation in New and Old Members of European Union. Croat.Med.J., 2007, Vol. 48, s. 636-652.
- [6] PHIVATOV N. et al. 2008. Медико-демографическая ситуация в Москве. Здравоохранение Российской Федерации. ISSN 0044-197x , 2008, с.1, s. 24-25.
- [7] SLABKYJ G. et al. 2010. Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України Vydani: Kiev: МВЦ “Медінформ”, 2010. 180 s. ISBN 978-966-409-088-6.
- [8] STESHENKO V. et al. 2001. Демографічна криза в Україні: Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / НАН України; Інститут економіки. Kiev, 2001. 560 s. ISBN 966-02-1513-4.
- [9] Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. Scan. J. Public Health. ISSN 1403-4948, 2004, ро́ч. 32, s. 60-64.

BAZÁLNA STIMULÁCIA V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Monika Mačkinová

Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Abstrakt

Bazálna stimulácia, ktorá berie do úvahy reakcie a preferencie pacienta, pomáha znížiť stres, posilňuje zmyslové vnímanie, zlepšuje komunikáciu a vytváranie sociálnych kontaktov medzi jednotlivcami a pod. by mala byť automatickou voľbou pre všetkých poskytovateľov sociálnych služieb a sociálnej starostlivosti. Tento, na klienta zameraný prístup je implementovaný v prospech zvýšenia kvality života pacientov, najmä tých, ktorí trpia rôznymi zdravotnými postihnutiami.

Kľúčové slová

Bazálna stimulácia, zdravotné postihnutie, sociálna starostlivosť, kvalita života, sociálna práca.

Abstract

Basal stimulation which is taking into account reactions and preferences of the patient and is helping to reduce stress, better sensory perception and create social contacts between individuals etc. should be an automatic choice for all social care providers and social care services. This client oriented approach is implemented in favour to increase the quality of life of the patients, especially those who suffer from various disabilities.

Key words

Basal Stimulation, Disability, Social Care, Quality of Life, Social Work.

Úvod

V súlade s článkom 40 Ústavy Slovenskej republiky, každý občan má právo na ochranu zdravia. Kvalita života a jej vplyv na zdravie je v súčasnosti v centre pozornosti spoločnosti. (Eva Musilová, 2009, s.88-89).

Starostlivosť o klientov v zariadeniach sociálnych služieb je náročná odborne, ekonomicky a z etického hľadiska. Nevyhnutné je, aby boli rešpektované okrem základných ľudských práv aj etické princípy. Etika všetkých zdravotníckych pracovníkov vychádza zo vzťahu medzi človekom trpiacim, zraniteľným a človekom pomáhajúcim (Krčméryová, Padyšáková, 2007).

Prínosným konceptom, ktorý prispieva k celkovému zlepšeniu stavu klientov v zariadeniach sociálnych služieb je bazálna stimulácia. Vychádza z toho, že každý človek je schopný v každej situácii aspoň niečo vnímať niektorým zo svojich zmyslov. Vždy je schopný otvoriť

sa svetu a komunikovať so svojim okolím. Niektorí komunikujú iba mimikou alebo nepatrným pohybom. V súčasnej dobe v Slovenskej republike je veľa zariadení sociálnych služieb, kde pracujú s konceptom Bazálnej stimulácie.

V zariadení sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“) alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III podľa prílohy č. 3 zákona o sociálnych službách. Ošetrovateľskú starostlivosť v zariadení sociálnych zabezpečujú zdravotnícki zamestnanci (sestry). Táto starostlivosť je z hľadiska kvality výkonu práce, profesionality a odbornosti na veľmi dobrej úrovni.

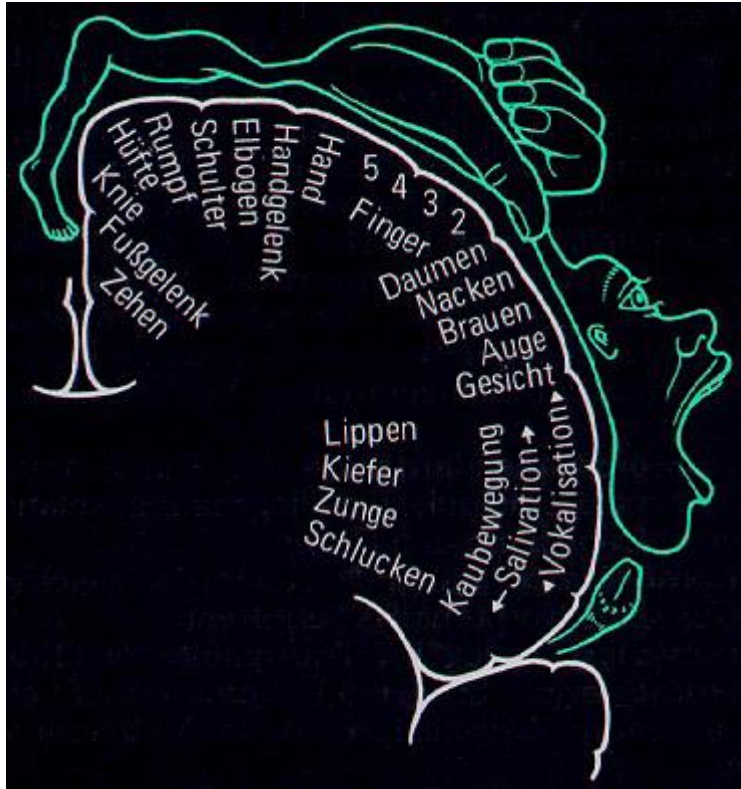
Vytvorili sa podmienky na prepojenie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a sociálnej starostlivosti. To znamená, že ošetrovateľskú starostlivosť je možné vykonávať priamo zamestnancami zariadení sociálnych služieb, títo zamestnanci však musia mať odbornú spôsobilosť na výkon povolania sestry a spĺňať podmienky na výkon zdravotníckeho povolania. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti sestrami zariadenia sociálnych služieb otvára priestor pre naplnenie holistického prístupu. Ich pracovný profil závisí od rôznych faktorov: od skladby a zdravotného stavu klientov v zariadení sociálnych služieb, ktoré budú na ošetrovateľskú starostlivosť odkázané, časového rozsahu potreby ošetrovateľskej starostlivosti či od počtu sestier v zariadení sociálnych služieb.

Prof. Dr. Andreas Fröhlich začal na začiatku sedemdesiatych rokov minulého storočia v Rehabilitačnom centre Westpfalz/ Landstuhl rozvíjať koncept podporujúci rozvoj schopností u detí s ťažkými zmenami v telesnej a duševnej oblasti. Zaoberal sa prevažne podporou senzorickej komunikácie (Fröhlich, 1998). U detí s veľmi ťažkými zmenami vnímania, nebolo možné naviazať verbálnu komunikáciu, lebo ich možnosti v tejto oblasti boli obmedzené, alebo skoro žiadne. Prof. Fröhlich veľmi úspešne naviazal komunikáciu s deťmi na báze somatickej, vestibulárnej a vibračnej komunikácie. Dosiagnuté výsledky a rozvoj schopností u týchto detí boli nielen plodmi jeho práce, ale aj stimulom pre mnoho odborníkov, aby sa začali jeho konceptom zaoberať a podporili ho svojimi vedeckými štúdiami. Tak sa stal koncept uznávaným pedagogicko – ošetrovateľským konceptom.

Bazálna stimulácia patrí v krajinách Európskej únie k najpopulárnejším ošetrovateľským konceptom. Pre ľudí so zmenami v oblasti vnímania, hybnosti a komunikácie, skrátka pre väčšinu pacientov v ústavnej starostlivosti, obyvateľov domovov dôchodcov a iných zariadení je tento koncept už neoddeliteľnou súčasťou ich života. Starnutie sa stáva celosvetovým fenoménom. (M. Musilová, E. Musilová, J. Štencl., 2009, s. 22-28). Nezanedbateľnú úlohu v podpore seniorov zohráva rodina (Padyšáková, 2009). Vítková (2001, s. 6) uvádza tieto základné oblasti a ciele bazálnej stimulácie, zhrnuté do skupín podnety:

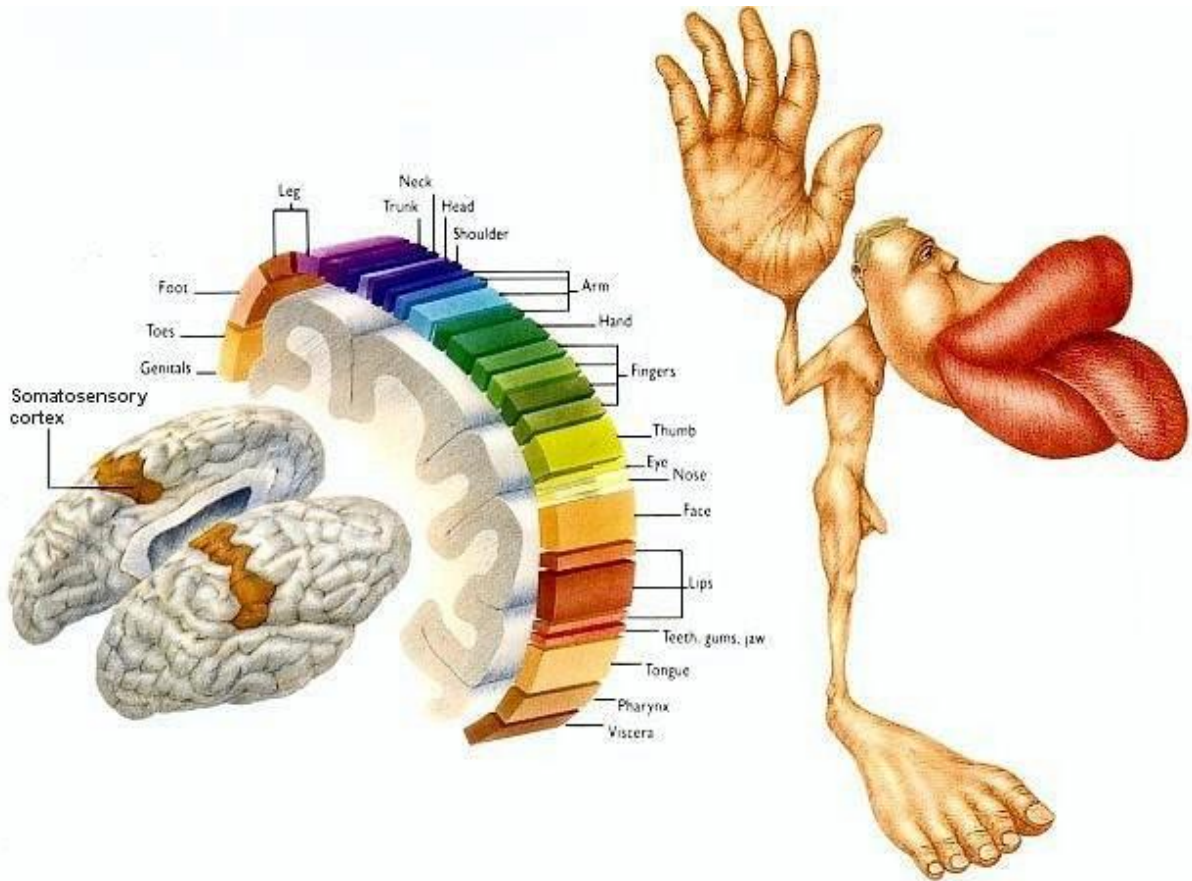
- somatické;
- vibračné;
- vestibulárne;

- čuchové a chuťové;
- sluchové a zrakové;
- komunikačné a sociálno- emocionálne.



Senzorické centrum mozgovej kôry

Najnáročnejšou úlohou ošetrovateľskej starostlivosti je pochopiť potreby pacienta, poznať a porozumieť štýlu jeho komunikácie a na základe toho mu poskytnúť priestor pre orientáciu, istotu a ďalší rozvoj jeho osobnosti (Tereková, 2007, s. 73). Nezávisle od telesného, duševného a mentálneho postihnutia je potrebné vnímať pacientov ako osobnosti. Bazálna stimulácia dáva ošetrovateľstvu úplne iný rozmer a chápe ošetrovateľské intervencie ako ošetrovateľské ponuky. Na klienta s poruchami vnímania, hybnosti a komunikácie pozerá ako na partnera so zmenami vnímania a nepracuje s jeho deficitmi, ale so zachovalými schopnosťami. Klient je chápaný ako partner s vlastnou históriou.



Bazálnu stimuláciu môžu vykonávať v rámci liečebnej stimulácie tie zamestnankyne, ktoré absolvovali akreditovaný kurz v tejto oblasti, pričom umožňuje ošetrojúcim rozvíjať si vlastnú kreativitu a rozvíjať vlastné schopnosti.

Bazálna stimulácia vychádza z toho, že každý človek je schopný v každej situácii aspoň niečo vnímať niektorým zo svojich zmyslov. Vždy je schopný otvoriť sa svetu a komunikovať so svojim okolím. Niektorí komunikujú iba gestami, pohnutím hlavou, zmenou frekvencie dýchania, zmenou sekrécie potu, žmurknutím...(Friedlová, 2002).

Ak sa človek nachádza v zariadení sociálnych služieb, stáva sa viac či menej závislým na svojom okolí. Vzťah medzi ním a ošetrojúcimi sa vyvíja obe strany ho neustále ovplyvňujú (Buchholz, 2001). Cieľom bazálnej stimulácie je podpora a umožnenie vnímania tak, aby u postihnutých dochádzalo k:

- Zachovať život a zaistiť vývoj
- Umožniť klientovi vnímať vlastný život
- Poskytnúť klientovi pocit istoty a dôvery
- Rozvíjať vlastný rytmus klienta
- Umožniť klientovi poznať okolitý svet
- Pomôcť klientovi naviazať vzťah
- Umožniť klientovi zažiť zmysel a význam vecí či konaných činností
- Pomôcť klientovi usporiadať jeho život
- Poskytnúť klientovi autonómiu a zodpovednosť za svoj život (Friedlová, 2006).

Základné prvky konceptu Bazálnej stimulácie:

A. Pohyb

B. Vnímanie

C. Komunikácia

- vnímanie umožňuje pohyb = pohybu predchádza myšlienka na pohyb
- komunikácia je možná vďaka pohybu a vnímania.

Tieto ciele sú dôležité pri zostavovaní ošetrovateľských plánov v zariadení sociálnych služieb. Vychádzajú zo skutočných potrieb klienta a následne môže byť starostlivosť zabezpečená podľa individuálnych potrieb klienta v zariadení sociálnych služieb. Dôležitá je intuícia pričom sa vychádza z toho, že aj u dementných klientov platí – vnímam tak dlho pokiaľ dýcham. Bazálna stimulácia je príjemná dotyková metóda zameraná na sprostredkovanie podnetov z okolia pre ľudí, ktorí si ich nevedia sprostredkovať sami.

Bazálna stimulácia umožňuje pacientovi:

- vnímať hranice svojho tela
- uvedomovať si sám seba
- cítiť a vnímať okolitý svet
- uvedomovať si prítomnosť iného človeka.

Komunikáciu podľa konceptu Bazálnej stimulácie rozdeľujeme na dve základné stimulácie:

1. základná stimulácia a tú tvorí:

- somatická komunikácia
- vibračná komunikácia
- vestibulárna komunikácia

2. nadstavbovú stimuláciu tvorí:

- olfaktorická komunikácia
- auditívna komunikácia
- orálna komunikácia
- optická komunikácia
- taktilná komunikácia.

Dotyk je základná forma somatickej stimulácie je to prirodzená forma komunikácie na utváranie vzťahov a spoznávanie sveta. Terapeutické pôsobenie sestry, rehabilitačného pracovníka v zariadení sociálnych služieb je nezastupiteľné napr. polohovanie, RHB cvičenia, masážne techniky, pomoc pri pohybe a zmene polohy alebo celkový kúpeľ.

Záver

Bazálna stimulácia nie je závislá na špeciálnych prístrojoch alebo pomôckach a je preto minimálnou záťažou pre zariadenia sociálnych služieb ako aj zdravotnícke zariadenia. Podmienkou uplatnenia konceptu bazálnej stimulácie je dobre vyškolený personál a motivácia humánneho prístupu a posunutia ošetrovateľskej starostlivosti smerom k potrebám pacienta.

Jedným z efektívnych postupov ako dosiahnuť spoluprácu je pozitívna motivácia využitím metódy persúázie (PADYŠÁKOVÁ, H., MUSILOVÁ, E. 2011).

Použitá literatúra

- [1] KRČMÉRYOVÁ, T., PADYŠÁKOVÁ, H. 2007. Zdravotník a etika. In: Ošetrovateľský obzor. - ISSN 1336-5606. - Roč. 4, č. 4 (2007), s. 121-122
- [2] PADYŠÁKOVÁ, H. 2009. Úloha rodiny v podpore seniorov / Hana Padyšáková. In: Seniori v 21. storočí, zborník prednášok z odborného seminára k medzinárodnej konferencii Seniori 2009, Bratislava, 6. 11. 2009. - Bratislava : SZU, 2009. - ISBN 978-80-89352-33-3. s. 54
- [3] BUCHHOLZ, T., GEBEL, A., NYDAL, P., SCHÜRENBERG, A.: Begegnungen. Basale Stimulation in der Pflege – Ausgesuchte Fallbeispiele, 2001
- [4] FRÖHLICH, A.: Basale Stimulation. Das Konzept. Dusseldorf, 1998
- [5] FRIEDLOVÁ, K.: Bazální stimulace, pojetí konceptu. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc, 2002
- [6] FRIEDLOVÁ, K.: Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. Frýdek-Místek, 2006
- [7] MUSILOVÁ, E.: Kvalita života a zdravie In: *Ošetrovateľský obzor*. - ISSN 1336-5606. - Roč. 6, č. 3 (2009), s. 88-89.
- [8] MUSILOVÁ, M., MUSILOVÁ, E., ŠTENCL, J.: Seniori a kvalita života. In: *Seniori v 21. storočí*, zborník prednášok z odborného seminára k medzinárodnej konferencii Seniori 2009, Bratislava. - Bratislava : SZU, 2009. - ISBN 978-80-89352-33-3. s. 22-28
- [9] PADYŠÁKOVÁ, H., MUSILOVÁ, E. 2011. Persuázia – pedagogická metóda v činnosti sestier, pôrodných asistentiek a fyzioterapeutov. In: Sborník VI. Medzinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelekářska zdravotnická povolání, Brno: Katedra ošetrovatelství LF MU, 2011 ISBN 978-80-7399-196-8
- [10] TEREKOVÁ, V. 2007. Psychosociálne problémy u pacientov so psoriázou. In: *Ošetrovateľský obzor*. - ISSN 1336-5606 - Roč. 4, č. 3 ,2007, s. 72-75

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.
Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Limbová 12
833 03 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: monika.mackinova@szu.sk

BEZDOMOVEC V NEMOCNICI

Marie Macková¹, Jana Macková²

¹Katedra ošetřovatelství, LF MU, Brno

²Šumperská nemocnice a.s.

Abstrakt

Problematika bezdomovectví se stává stále aktuálnější. Souvisí to s prohlubující se ekonomickou krizí. Příspěvek se zabývá problematikou bezdomovců v nemocnici.

Klíčová slova

Bezdomovec, péče, nemocnice.

HOMELESS IN THE HOSPITAL

Abstract

The issue of homelessness is becoming more relevant. It is depend on economic crisis. The paper deals with homelles people in the hospital.

Key words

Homeless, care, hospital.

Úvod

Problematika zdravotní péče o bezdomovce je v každé zemi determinována především její ekonomikou a zdravotní politikou. Přístup k bezdomovcům jako pacientům však není ovlivněn jen legislativně danými mantinely, ale i osobním přístupem jednotlivých zdravotníků. Česká populace vnímá bezdomovce spíše negativně. Bezdomovectví je spojováno s alkoholismem a kriminálními přestupky (Štěchová a kol, 2008, s. 27 – 39).

Východiska řešení problematiky

Bezdomovectví je sociální problém, jehož závažnost v současné době narůstá. Bezdomovci jsou lidé, kteří nemají domov, kteří nebydlí. Jejich „viditelnými představiteli“ jsou lidé žijící na ulici, přespávající v parcích a na nádražích větších měst nebo využívající služeb azylových domů. Ti jsou v odborné literatuře označováni jako tzv. *zjevní bezdomovci*. Druhou skupinu lidí bez domova tvoří tzv. *skrytí a potencionální bezdomovci*. Jedná se o občany, kteří žijí v nevyhovujících podmínkách a o ty, kdo svou bytovou nouzi řeší krátkodobými pobyty u přátel či příbuzných a místa svého pobytu často mění. Patří mezi ně také vězni čekající na propuštění, obyvatelé různých ústavů a dětských domovů (Hradecká, Hradecký, 1996, s. 36-42).

Označení bezdomovec je v obecném povědomí označením do jisté míry stigmatizujícím. Podle výzkumů veřejného mínění vyvolávají bezdomovci v lidech především nedůvěru

a soucit, ve značné míře strach nebo lhostejnost (Horáková, 1995). Za důvod situace, ve které se bezdomovci nacházejí, je veřejností často považována jejich nechuť pracovat, pohodlnost a lenost (Hradecká, Hradecký, 1996, s. 54 - 56). Značně negativní obraz bezdomovců je podle některých autorů vytvářen také médii (Pěnkava, 1999, s. 22 - 28).

V České republice závisí systém zdravotní péče na zdravotním pojištění. Ze zákona je v ČR povinně zdravotně pojištěn každý, kdo má na našem území trvalý pobyt, nebo je jeho zaměstnavatelem osoba, která má v ČR své sídlo. Pojistné platí u zaměstnaných osob zaměstnavatel, u vybraných případů stát a jinak si musí pojištění jedinec hradit sám. V případě akutní potřeby lékařského ošetření nesmí být pacient zdravotnickým zařízením odmítnut. Z výše uvedeného vyplývá, že přístup k základní zdravotní péči je ze zákona možný pro každého, to znamená i pro bezdomovce. Tím se dostáváme k základnímu rozporu, že na jedné straně sice ze zákona má každý právo na zdravotní péči, ale na druhé straně musí hradit pojistné. Bezdomovci obvykle pojistné nemají hrazeno, proto při jejich ošetření narůstá u příslušné pojišťovny dluh a zdravotnická zařízení jsou při výběru pacientů opatrná (Šupková a kol, 2007, s. 10 – 11).

Cíle

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit názory zdravotnických pracovníků na bezdomovce a poskytování zdravotní péče bezdomovcům. Dále bylo zjišťováno, jak často se respondenti s bezdomovci jako pacienty setkávají a s jakými obtížemi se nejčastěji potýkají při hospitalizaci bezdomovce.

Soubor a metody

Výzkumný soubor tvořilo 89 zdravotnických pracovníků ze Šumperské nemocnice. Vstupním kritériem byl respondent pracující na anesteziologicko resuscitačním intenzivním oddělení (ARIP) nebo na chirurgickém, interním či kožním oddělení v době šetření a vyjádřený souhlas s účastí. Data byla sbírána pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 27 položek. První část zjišťovala pocity, které u respondentů vyvolává pacient bezdomovec, druhá část byla zaměřena na demografická data a třetí část byla orientována na zkušenosti respondentů s hospitalizací pacientů bezdomovců. Sběr dat probíhal v září až listopadu 2011. Získaná data byla kódována pomocí programu Excel, statistické výpočty byly provedeny programem Statistica, verze 10.0. Pro vyhodnocení odpovědí byl použit Pearsonův chí-kvadrát test, hodnocený na 5% hladině významnosti.

Výsledky

Šetření se zúčastnily převážně ženy (79 %). Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 21 – 30 let, s čímž souvisí i nejčastěji uváděná délka praxe do 5 let. Mezi respondenty bylo 20 % lékařů a 80 % všeobecných sester. Co se týče oddělení, bylo 27 % respondentů z interního oddělení, 30 % respondentů z chirurgického oddělení, 32 % respondentů bylo z oddělení ARIP a 11 % respondentů bylo z kožního oddělení.

Dotazováním na názory na hospitalizaci bezdomovce bylo zjištěno, že většina respondentů se domnívá, že bezdomovci jsou hospitalizováni pouze dle jejich aktuálního zdravotního stavu, stejně jako ostatní pacienti a stejně jsou i vyšetřováni. Ovšem alarmujícím zjištěním je, že

12,3 % dotazovaných zdravotníků Šumperské nemocnice se domnívá, že bezdomovci jsou nepojištěni a proto nemají stejné právo na ošetření jako ostatní lidé. 78,6 % dotazovaných označilo zajištění následné péče pro bezdomovce za problematické a 27,9 % respondentů by přivítalo, pokud se bezdomovci léčili ve speciálních zařízeních pro ně určených.

Pojem bezdomovec má více než polovina (57,3 %) šumperských zdravotníků spojena s pozitivní konotací, to znamená, že je jim bezdomovců líto a domnívají se, že jsou bezdomovci souhrou nešťastných událostí. S negativní konotací má pojem bezdomovec spojeno 18,0 % dotázaných. Ti se obvykle domnívají, že bezdomovci jsou alkoholici a kriminálníci, kteří si nezaslouží jakoukoli pomoc. Ambivalentní konotaci vyvolá pojem bezdomovec u 24,7 % dotázaných. U vnímání pojmu bezdomovec byla prokázána závislost s oddělením, na kterém respondent pracuje ($p=0,003$). Výrazně negativní konotace má s pojmem bezdomovec spojen zejména personál oddělení ARIP.

Dvě třetiny dotázaných uvedly, že se při hospitalizaci bezdomovce potýkají s různými problémy – administrativními, finančními nebo nespoluprací bezdomovce. Více než polovinu personálu nezajímá důvod bezdomovectví jejich pacienta. Zde byla prokázána závislost mezi pohlavím a zájmem o příčinu bezdomovectví ($p=0,003$). Častěji se zajímají ženy než muži. Potěšujícím zjištěním je, že 66,3 % dotázaných se zajímá o současnou sociální situaci bezdomovce a 41,6 % zdravotníků kontaktuje při hospitalizaci sociální oddělení. Jako nejčastější důvod uváděli respondenti zajištění následné péče.

Diskuze

Šupková a kolektiv (2007, s. 11) uvádí, že někdy bývá bezdomovci upřeno právo na základní zdravotní péči s argumentací, že je „nepojištěn“, což je ale pro značnou část bezdomovců z hlediska zákona nemožné. Dále uvádí, že se často tato argumentace bezdomovci vryje do paměti a další pomoc nevyhledává. Prevencí takovýchto situací bývají specializovaná zařízení, kterých bohužel v České republice mnoho není.

Různé obtíže spojené s hospitalizací (administrativní, finanční) a následným propuštěním bezdomovce uvádí i Šupková a kolektiv (2007, s. 16 – 17). „Ve stínu tohoto základního systémového problému pak zůstávají potíže s tím, když pacient nespolupracuje a se zvýšenými nároky na ošetření vlivem malhygieny“ (Šupková a kol., 2007, s. 17). I v našem šetření respondenti nejčastěji zmiňovali tyto související problémy. Například jedna respondentka uvedla „soucit s bezdomovcem je jedna věc, ale být s ním na pokoji, to je věc druhá..., kdo má ten zápach vydržet“. Často se objevoval názor, že zdravotníci kontaktují sociální oddělení pouze v případě, že s tím bezdomovec souhlasí.

Sociální oddělení zajišťuje následnou péči pro bezdomovce obvykle v azylových domech. Zaměstnanci těchto azylových domů jsou především sociální pracovníci a to znamená, že mohou řešit pouze sociální problémy a ne dohlížet na zdravotní stav svých klientů. Dochází tak k začarovanému kruhu, kdy je bezdomovec akutně ošetřen, následně propuštěn (ale nedoléčen) do domácí péče, což zpravidla znamená zpět na ulici a tam dochází opět ke zhoršení zdravotního stavu a nutnosti dalšího akutního ošetření.

Závěr

Bezdomovec v nemocnici není ojedinělým jevem a do budoucnosti lze očekávat, že nám těchto pacientů bude přibývat. Problém bezdomovectví je tak třeba řešit systémově. Od zdravotníků pak péče o bezdomovce bude vždy vyžadovat kromě odborných znalostí i velkou dávku trpělivosti, obětavosti a pochopení.

Doporučení pro praxi

Vzhledem ke zjištěným skutečnostem doporučujeme zařadit do systému celoživotního vzdělávání i problematiku bezdomovectví.

Použitá literatura

- [1] HRADECKÁ, V., HRADECKÝ, I.1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*.1.vyd. Praha: Naděje, 1996. 90 s.
- [2] HORÁKOVÁ, M. 1995. K problematice bezdomovství. In *Sociální politika*. ISSN 0049-0961. 1995, roč.26, č.10, s. 6-9.
- [3] PĚNKAVA, P.1999. Bezdomovství je nejen problém velkých měst.In *Veřejná správa*. ISSN 1213-6581, 1999, roč. 6, č.24, s. 22-28.
- [4] ŠTĚCHOVÁ, M. 2008. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. 1.vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. 11 s. ISBN 978-80-7338-069-4.
- [5] ŠUPKOVÁ, D. a kol. 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 62 s. ISBN 978-80-247-2245-0.

Adresy autorů

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW
Katedra ošetrovatelství, LF MU
Kamenice 3
625 00 Brno
e-mail: mackova@med.muni.cz

Jana Macková
Šumperská nemocnice a.s., odd. ARIP
Nerudova 640/41
787 01 Šumperk
e-mail: Czepzorova.Jana@seznam.cz

PROSTREDIE CHIRURGICKÉHO PRACOVISKA A JEHO VPLYV NA PACIENTA V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Východiská: Prostredie a prevádzka chirurgických pracovísk sú oproti iným pracoviskám zdravotníckych zariadení špecifické. Na uzdravovanie pacienta majú vplyv dve základné zložky, a to optimálna liečebná a ošetrovateľská starostlivosť, a optimálne liečebné prostredie. Prostredie, v ktorom sa chirurgický pacient nachádza, vplýva nielen na jeho somatickú, ale aj psychickú zložku.

Súbor: Výskum týkajúci sa vplyvu a možností úpravy prostredia a prevádzky chirurgických pracovísk bol realizovaný v dvoch výskumných súboroch, a to vo výskumnom súbore 448 chirurgických pacientov a vo výskumnom súbore 203 sestier z chirurgických pracovísk.

Metodika: Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu-neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie osobitne pre pacientov a pre sestry.

Výsledky: Z hľadiska vplyvu prostredia na chirurgického pacienta uvádzali pacienti medzi najčastejšími stresogénnymi faktormi aj stratu súkromia (10,3% pred operačným výkonom a 10,9% po ňom), neznáme prostredie (11,4%), prostredie pooperačnej izby (6,3%). Podľa pacientov sa sestry v starostlivosti o duševnú stránku pacienta zameriavajú aj na starostlivosť o pokojné prostredie (26,6%), pričom pre zlepšenie duševnej predoperačnej prípravy pacienti navrhujú zabezpečiť vhodnejšie prostredie pre pacienta (23,2%).

Sestry zaraďujú medzi najčastejšie stresogénne faktory u pacienta po operačnom výkone aj obmedzenie súkromia (17,2%). Medzi možnosti eliminácie stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov zaraďujú aj úpravu prostredia pacienta (29,6%). Zároveň uvádzajú, že prostredie a prevádzka chirurgického pracoviska môže mať vplyv na stres u pacienta (93,6%). Pri úprave prostredia chirurgického pacienta sestry využívajú predovšetkým úpravu postele a nočného stolíka (79,8%), možnosť pacienta mať pri sebe osobné veci (76,4%) a dostupnosť signalizácie pre pacienta (74,9%).

Záver: Prostredie, kde prebieha diagnosticko- terapeutický proces, môže pozitívne, ale aj negatívne ovplyvniť prežívanie chirurgického pacienta. Pacientom dnes nestačí ponúknuť iba kvalitnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť, ale je nevyhnutné zamyslieť sa aj nad prostredím, v ktorom sa starostlivosť poskytuje, a naučiť sa zmiernovať jeho traumatizujúci vplyv.

Kľúčové slová

Pacient. Chirurgické pracovisko. Prostredie. Ošetrovateľstvo. Sestra.

SURROUNDINGS OF THE SURGICAL WARD AND ITS INFLUENCE ON THE PATIENT FROM NURSING POINT OF VIEW

Abstract

Starting points: The surroundings and run of the surgical wards seem to be specific in comparison with other departments providing medical care. There are two main components which influence patient's recovery process: it is an optimum healing and nursing care and an optimum recovery surroundings as well. The surroundings in which is the surgical patient situated influence not only his somatic but also his psychical state.

Compilation : The survey aiming to find out the influence of the surroundings and run of surgical wards and possibilities of their improvement has been implemented in two questionnaire compilations. One questionnaire compilation was answered by 448 surgical patients and the other one was answered by 203 nurses who work in surgical wards.

Methodology: In order to obtain relevant data the method of empirical research has been used- an own non-standard tailor- made questionnaire for patients and an individual one for nurses.

Results: Concerning the influence of the surroundings on the surgical patient the survey shows that among the most frequent factors causing stress the questioned patients included loss of privacy (10,3% before surgery and 10,9% after surgery), unfamiliar surroundings (11,4%), surroundings of recovery room (6,3%). The patients state that that the nurses pay attention to the peaceful surroundings (26,6%) when taking care of the patient's mental state. The patients also suggest to provide more adequate surroundings in order to improve their mental preparation before the operation (23,2%). The questioned nurses included the limited privacy (17,2%) among the most frequent factors causing stress after operation. Among the possibilities how to eliminate factors causing stress to surgical patient the improvement of patient's surroundings (29,6%) is also included. At the same time the questioned nurses state that surroundings and run of the surgical ward may have an impact on patient's stress (93,6%). In order to improve the surroundings of the surgical patient the nurses pay attention mostly to bed making and to bedside table tidiness (79,8%), to possibility of having the personal things with (76,4%) and to availability of alerting (74,9%).

Conclusion: The surroundings in which the diagnostic and therapeutic process takes place may influence the mental approach of the surgical patient in a positive but also in a negative way. It is not enough to offer patients only good-class healing and nursing care. It is also indispensable to consider the surroundings in which is the care provided and to learn how to alleviate its traumatizing effect.

Key words

Patient. Surgical ward. Surroundings. Nursing care. Nurse.

Úvod

Prostredie a prevádzka chirurgických pracovísk sú oproti iným pracoviskám zdravotníckych zariadení špecifické. Na uzdravovanie pacienta majú vplyv dve základné zložky, a to optimálna liečebná a ošetrovateľská starostlivosť, a optimálne liečebné prostredie. Prostredie,

v ktorom sa chirurgický pacient nachádza, vplýva nielen na jeho somatickú, ale aj psychickú zložku.

Jobánková a kol. (1992) uvádza, že psychologickú problematiku zdravotníckeho prostredia je možné rozdeliť do troch okruhov:

1. **Účelná prevádzka a režim** na oddelení, zaistenie dobrej úrovne základnej ošetrovateľskej starostlivosti, poriadok a čistota. Jednotlivé akcie majú na seba nadväzovať tak, aby boli vykonávané na priestorovo najvhodnejších miestach a v najvhodnejšiu dobu. Pritom zdravotnícki pracovníci musia pamätať na nutné časové rezervy pre nepredvídané udalosti.
2. **Sociálna klíma** zdravotníckeho zariadenia je určovaná úrovňou práce zdravotníckeho kolektívu v harmónii medzosobných vzťahov v ňom. Nízky záujem o prácu a konflikty v pracovnom tíme značne narušajú sociálnu klímu oddelenia. Záleží aj na aktuálnom zložení kolektívu pacientov, či chorí ovplyvňujú sociálnu klímu priaznivo alebo nepriaznivo. Skúsený kolektív zdravotníkov dokáže takéto výkyvy včas zachytiť a urovnať.
3. **Materiálna stránka** prostredia hovorí predovšetkým o osobnej a kultúrnej úrovni pracovníkov, najmä vedúcich. Táto stránka má vplyv na zmyslové prežívanie a priame dojmy z prostredia. Prejavuje sa aj vplyv priestorových možností, veku a typu budov, v ktorých je zdravotnícke zariadenie umiestnené. Úlohu zohráva farebná úprava, vybavenie, nábytok, osvetlenie a podobne.

Na chirurgického pacienta môže pôsobiť množstvo stresogénnych faktorov, ktoré vyplývajú z prostredia chirurgických pracovísk.

Medzi stresogénne faktory súvisiace s prostredím a prevádzkou chirurgickej ambulantnej starostlivosti môžeme zaradiť nasledovné:

- **Prostredie čakárne** - stiesnené, často nevetrané priestory, s nízkym počtom miest na sedenie (bez možnosti krátenia čakacej doby napr. čítaním informačných materiálov, nástenky, počúvaním rádia a podobne), rôznorodosť pacientov (napr. pohľad na pacienta po amputácii, so sadrovým obvazom, po úraze, úmyselné strašenie čakajúcich sprostredkovaním nepríjemných zážitkov napr. z operácie alebo vyšetrenia),
- **Dlhá čakacia doba** na vyšetrenie, resp. ošetrovanie- nezohľadňovanie poradia pacientov, prednostné riešenie naliehavých prípadov,
- **Správanie zdravotníckeho personálu**- nevhodná komunikácia, žiadne poučenie pacienta, ktoré vedie k neistote, agresívne vystupovanie, nedodržiavanie zákona o ochrane osobných údajov a ďalšie,
- **Zlá organizácia práce** - dlhé prestávky, ošetrovanie viacerých pacientov súčasne, nedodržiavanie poradovníka pacientov.
- **Transport do/zo zdravotníckeho zariadenia** - niektorí pacienti majú problémy so zabezpečením transportu do alebo zo zdravotníckeho zariadenia; v prípade dopravy

prostredníctvom dopravnej zdravotnej služby môžu byť vysoké doplatky za prepravu a dlhá doba čakania na odvoz.

V prípade, že chirurgické ochorenie alebo úraz vyžaduje hospitalizáciu, pacient môže byť vystavený pôsobeniu týchto stresogénnych faktorov v súvislosti s prostredím:

- **Neznáme prostredie** - prostredie lôžkového oddelenia, operačnej sály, JIS, ošetrovne, preväzovne, neznámi ľudia (personál, spolupacienti),
- **Nedostatočná informovanosť**- informácie o priestorovom usporiadaní oddelenia, resp. kliniky či ambulancie, o prevádzkovom poriadku, o dennom režime, nezodpovedanie ošetrovateľských intervencií a vyšetrení, nedostatok informácií o operačnom výkone,
- **Izolácia od príbuzných** a priateľov, obmedzenie návštevnych hodín, nemožnosť telefonického kontaktu,
- **Neuspokojenie spirituálnych potrieb**,
- **Strata súkromia** - viacposteľové izby, vyprázdňovanie sa na podložnej mise či do močovej fľaše, procedúry vykonávané na izbe pacienta (napr. preväz rany), prítomnosť zdravotníckeho personálu a študentov v rámci praktickej výučby v prirodzených podmienkach,
- **Spolupacienti**- konflikty, umierajúci spolupacient, dezorientovaný spolupacient, strašenie spolupacientmi- podávanie skreslených informácií alebo reprodukcia nepríjemných zážitkov svojich alebo zo svojho okolia,
- **Pohľad na inštrumentárium** na preväzy, malé chirurgické výkony, zberné vrecká, znečistený obväzový materiál- krv, hnis, časti tkaniva v emitnej miske,
- **Hluk** na oddelení,
- **Zlá organizácia práce**,
- **Stravovanie** - chladná a neesteticky upravená strava, neochota personálu poskytnúť pomoc počas obdobia narušenej sebaopatery,
- **Nedostupnosť signalizačného zariadenia** - nemožnosť privolať sestru,
- **Utrpenie iných** - starosti o chorého blízkeho človeka v domácom prostredí, trpiaci spolupacient na izbe- onkologické ochorenie, pooperačná bolesť, umierajúci spolupacient,
- **Transport do/zo zdravotníckeho zariadenia**.

Ciele výskumu

Jedným z cieľov širšie koncipovaného výskumu bolo overiť možnosti úpravy prostredia a prevádzky chirurgických pracovísk z hľadiska eliminácie stresogénnych faktorov.

Súbor a metodika

Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu- neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie osobitne pre pacientov a pre sestry.

Výskumný súbor respondentov bol tvorený dvomi súbormi, a to výskumným súborom pacientov a výskumným súborom sestier.

Výskumný súbor pacientov tvorilo 448 pacientov s chirurgickým ochorením alebo po úraze hospitalizovaných na chirurgickom klinickom pracovisku, u ktorých bol realizovaný operačný výkon. Výber respondentov bol zámerný. Zaráďujúce kritériá boli absolvovaný operačný výkon v rámci súčasnej hospitalizácie, pooperačné obdobie, spolupracujúci pacient (bez kognitívnej poruchy), vek od 18 rokov neobmedzene. 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.

Výskumný súbor sestier tvorilo 203 sestier pracujúcich na chirurgických pracoviskách, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom pri operačnej terapii v predoperačnom a pooperačnom období. Výber respondentov bol zámerný. Hlavným zaráďujúcim kritériom do výskumného súboru sestier bolo pracovné zaradenie na chirurgickom pracovisku (ambulancia, lôžkové oddelenie, JIS, resp. pooperačná izba a podobne). Respondenti- sestry boli vo veku od 21 do 56 rokov, priemerný vek respondentov bol 38,5 roka. Vo výskumnom súbore sestier bolo 201 žien a 2 muži. Dĺžka praxe sestier na chirurgickom pracovisku bola od 0 do 37 rokov.

Realizácia výskumu

Zber empirických údajov bol uskutočnený v období mesiacov máj až september 2008 vo 8 zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike.

Pri realizácii výskumu bolo rozdáných 535 dotazníkov pre pacientov, vrátených bolo 468 dotazníkov. Návratnosť bola 87 %. Počet dotazníkov pre štatistické spracovanie predstavoval 448.

Dotazníkov pre sestry bolo rozdáných 231, vrátených 207. Návratnosť bola 90%. Počet dotazníkov pre štatistické spracovanie bol 203. Zo súborov boli vylúčené dotazníky, v ktorých neboli vypísané všetky údaje alebo respondenti nespĺňali dané zaráďujúce kritériá. Pri realizácii výskumu bol využitý priamy kontakt administrácie.

Výsledky výskumu

Dotazník pre pacientov

Položka dotazníka: **Čo na Vás pôsobilo najviac stresujúco pred operačným výkonom, resp. čoho ste sa najviac obávali?**

Tabuľka 1 Stresogénne faktory u pacientov pre operačným výkonom

Stresogénny faktor	%
Nevhodná komunikácia zdravotníckych pracovníkov	1,3
Narušenie vzťahov v rodine	1,6
Zlé skúsenosti z predchádzajúcej operácie a alebo hospitalizácie	2,7
Správanie zdravotníckych pracovníkov	3,3
Náročná predoperačná príprava	4,0
Nedostatočná informovanosť zo strany zdravotníkov	4,7
Nemožnosť vykonávať doterajšiu prácu	4,9
Riziko zopakovania negatívnych skúseností z predchádzajúcej operácie	5,4
Strata súkromia	10,3
Neznáme prostredie	11,4
Obmedzenie pohyblivosti	15,6
Poškodenie zdravia alebo riziko smrti	17,6
Odlúčenie od rodiny a blízkych	17,9
Trvalé následky operačného výkonu, zmeny na tele	23,7
Anestézia (narkóza)	30,1
Bolesť po operácii	32,4
Komplikácie počas alebo po operácii	42,9
Samotný operačný výkon a jeho úspešnosť	59,4

Ako najčastejšie stresogénne faktory pred absolvovaním operačného výkonu pacienti označili okrem iných aj neznáme prostredie (11,4%) a stratu súkromia (10,3%).

Položka dotazníka: **Čo na Vás pôsobilo najviac stresujúco po operačnom výkone, resp. čoho sa najviac obávate?**

Tabuľka 2 Stresogénne faktory u pacientov po operačnom výkone

Stresogénny faktor	%
Nutnosť zmeny zamestnania	3,8
Prostredie pooperačnej izby	6,3
Problémy pri vykonávaní práce	6,3
Strata súkromia	10,9
Odlúčenie od rodiny	15,4
Zmeny na tele po operácii	16,3
Nemožnosť vykonávať bežné denné činnosti	16,7
Výsledok histologického vyšetrenia	23,0
Bolesť v mieste operačnej rany	41,5
Riziko komplikácií	56,7

Medzi stresogénne faktory po operačnom výkone zaradili pacienti aj stratu súkromia (10,9%) a prostredie pooperačnej izby (6,3%).

Položka dotazníka: **Na čo sa predovšetkým zameriavali/zameriavajú sestry v starostlivosti o duševnú stránku pacienta v období pred operáciou?**

Tabuľka 3 Zameranie psychickej predoperačnej prípravy pacientov

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

V položke týkajúcej sa zamerania duševnej predoperačnej prípravy pacienta zo strany sestier pacienti okrem iných intervencií uviedli aj starostlivosť o pokojné prostredie (26,6%).

Položka dotazníka: **Čo by ste navrhovali pre zlepšenie duševnej prípravy pacienta na operáciu?**

Tabuľka 4 Návrhy pacientov pre zlepšenie duševnej 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 okrem iného aj zabezpečiť vhodnejšie prostredie pre pacienta (23,2%).

Dotazník pre sestry

Položka dotazníka: **Ktoré sú podľa Vás najčastejšie stresogénne faktory u pacienta v pooperačnom období?**

Tabuľka 5 Najčastejšie stresogénne faktory u pacientov po operačnom výkone

Stresogénne faktory	%
Zmena sociálnej úlohy alebo sociálnych vzťahov	9,9
Nevyhnutnosť zmeny pracovného zaradenia vplyvom operácie	14,3
Obmedzenie súkromia	17,2
Izolácia od rodiny	26,1
Zmena telesného vzhľadu	40,4
Trvalé následky operácie	44,8
Riziko pooperačných komplikácií	47,8
Výsledok histologického vyšetrenia	67,0
Pooperačná bolesť	81,8

Medzi stresogénne faktory u pacientov po operačnom výkone zaradili sestry aj obmedzenie súkromia (17,2%).

Položka dotazníka: **Aké sú možnosti eliminácie stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov v rámci ošetrovateľskej starostlivosti?**

Tabuľka 6 Možnosti eliminácie stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov

Možnosti odpovede	%
Myslím si, že sestra nemá žiadne možnosti	2,46
Úprava prostredia pacienta	29,56
Individualizovaná ošetrovateľská starostlivosť	35,47
Umožnenie kontaktu pacienta s podpornými osobami	46,80
Dôsledná edukačná činnosť	50,25
Monitorovanie a uspokojovanie potrieb pacienta	54,68
Cielená komunikácia s pacientom	61,58
Správne komunikačné zručnosti sestry	68,97
Vhodné správanie a vystupovanie sestry	75,37

Medzi najčastejšie možnosti eliminácie stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov v rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestry uviedli aj úpravu prostredia pacienta (29,56%).

Položka dotazníka: **Aký je Váš názor na pôsobenie prostredia a prevádzky na elimináciu stresogénnych faktorov?**

Tabuľka 7 Pôsobenie prostredia a prevádzky na elimináciu stresogénnych faktorov

Možnosti odpovede	n	%
Môže mať vplyv na stres	190	93,6
Nemôže a nemá vplyv na stres	2	1,0
Neviem posúdiť	11	5,4
Spolu	203	100,0

Sestry vyjadrili svoj názor na pôsobenie prostredia a prevádzky chirurgického oddelenia na elimináciu stresogénnych faktorov u pacientov, pričom 93,6% sestier uvádza, že prostredie a prevádzka môžu mať vplyv na elimináciu stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov. 1% sestier si myslí, že prostredie a prevádzka chirurgického oddelenia nemôže mať a nemá vplyv na elimináciu stresogénnych faktorov u pacientov a 5,4% sestier túto skutočnosť nevie posúdiť.

Položka dotazníka: Majú sestry možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia v zmysle eliminácie stresogénnych faktorov u pacientov?

Tabuľka 8 Možnosti sestier pri úprave prostredia a prevádzky

Možnosti odpovede	n	%
Určite áno	50	24,6
Áno, čiastočne	103	50,7
Viac nie	39	19,2
Určite nie	5	2,5
Neviem posúdiť	6	3,0
Spolu	203	100,0

Podľa názoru 50,7% sestier majú sestry čiastočné možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia v zmysle eliminácie stresogénnych faktorov u pacientov, 24,6% sestier si myslí, že majú určite uvedené možnosti. Naopak, 19,2% sestier zastáva názor, že sestry viac nemajú uvedené možnosti a 2,5% sestier uviedlo, že sestry možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia určite nemajú. 3% sestier túto oblasť posúdiť nevie.

Položka dotazníka: Pri úprave prostredia pacienta venujete pozornosť predovšetkým:

Tabuľka 9 Možnosti úpravy prostredia pacienta

Možnosti odpovede	%
Dostupnosť signalizácie pre pacienta	74,9
Možnosť pacienta mať pri sebe osobné veci	76,4
Úprava postele a nočného stolíka	79,8

Takmer rovnaký počet sestier uviedlo, že pri úprave prostredia pacienta venujú pozornosť predovšetkým úprave postele a nočného stolíka pacienta (79,8%), možnosti pacienta mať pri sebe osobné veci (76,4%) a dostupnosti signalizácie pre pacienta (74,9%).

Položka dotazníka: **Pri eliminácii stresogénnych faktorov u pacientov využívate najmä:**

Tabuľka 10 Intervencie sestier pri eliminácii stresogénnych faktorov u pacientov

Možnosti odpovede	%
Plnenie ordinácií lekára	40,9
Realizácia ošetrovateľských výkonov	54,2
Úprava prostredia pacienta	56,2
Edukácia	64,5
Komunikácia	95,6

Pri eliminácii stresogénnych faktorov u pacientov sestry využívajú najmä komunikáciu (95,6%), edukáciu (64,5%), úpravu prostredia pacienta (56,2%), realizáciu ošetrovateľských výkonov (54,2%) a plnenie ordinácií lekára (40,9%).

Diskusia

Na uzdravovanie pacienta majú vplyv dve základné zložky, a to optimálna liečebná a ošetrovateľská starostlivosť, ako aj optimálne liečebné prostredie. „Optimálne liečebné prostredie je také prostredie, ktoré pacientom nepripomína stále ich údel, odlúčenie od rodiny, ich obavy a úzkosť z toho, čo ich čaká“ (Škrla, Škrlová, 2003, s. 121).

„Prostredie, kde prebieha diagnosticko- terapeutický proces, môže pozitívne, ale aj negatívne ovplyvniť prežívanie pacienta. V tomto smere pre všetkých členov multidisciplinárneho tímu, ktorí sa o pacienta starajú, vzniká priestor pre zabezpečenie nielen biologických potrieb pacienta, ale aj psychických a sociálnych potrieb“ (Lepiešová, Cibulová, 2008, s. V). Vplyvom prostredia na elimináciu stresu u pacienta sme sa zaoberali aj v rámci nášho výskumu. Až 23,2% pacientov navrhuje pre zlepšenie psychickej predoperačnej prípravy zabezpečiť vhodnejšie prostredie, pričom výsledky ukázali výrazné rozdiely v rámci jednotlivých nemocníc (pozri kapitola 5.9). Sestry tiež potvrdzujú, že prostredie a prevádzka chirurgických pracovísk môže mať vplyv na stres u pacienta (93,6% sestier), pričom 75,4% sestier zastáva názor, že ony samy majú možnosti úpravy prostredia a prevádzky oddelenia v zmysle eliminácie stresogénnych faktorov u pacientov. Pri úprave prostredia chirurgického pacienta sestry využívajú predovšetkým úpravu posteľe a nočného stolíka (79,8%), možnosť pacienta mať pri sebe osobné veci (76,4%) a dostupnosť signalizácie pre pacienta (74,9%). Iba 1% sestier venuje pozornosť zabezpečeniu súkromia pre chirurgického pacienta, aj keď ide o veľmi dôležitý aspekt starostlivosti o pacientov v chirurgii. „Pacientom dnes nestačí ponúknuť iba kvalitnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť. Je potrebné zamyslieť sa aj nad prostredím, v ktorom sa starostlivosť poskytuje, a naučiť sa zmierňovať jeho traumatizujúci vplyv“ (Škrla, Škrlová, 2003, s. 120).

Záver

Chirurgický pacient môže byť liečený v rámci ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti, pričom prostredie a prevádzka chirurgického pracoviska ho môže v rôznej miere ovplyvňovať.

V snahe zabezpečiť **elimináciu stresogénnych faktorov** u chirurgických pacientov liečených, resp. ošetrovaných ambulantne možno odporučiť dodržiavanie týchto **zásad** pri zohľadňovaní **vplyvu prostredia a prevádzky chirurgickej ambulancie** na pacienta:

- predchádzanie dlhej dobe čakania na vyšetrenie, resp. ošetrovanie, vytvorenie poradovníka, dodržiavanie poradia pacientov, vysvetlenie alebo ospravedlnenie prípadného prednostného vyšetrenia pacienta v akútnom stave alebo za úhradu, správna organizácia práce, objednávanie pacientov na malé chirurgické výkony,
- úprava prostredia čakárne - dostatok miest na sedenie, farebná úprava, vhodnosť nábytku, bezbariérovosť, informačné materiály pre pacientov (brožúry, letáky), časopisy, nástenka,
- dostupnosť a čistota toalety vedľa čakárne,
- dôsledné označenie ambulancie - názov, meno lekára a sestry, ordinačné hodiny, informácie o poplatkoch, zoznam zmluvných zdravotných poisťovní ambulancie, oznam o možnosti prednostného vyšetrenia za finančnú úhradu, o ponuke transportu pacientov prostredníctvom dopravnej zdravotnej služby,
- podávanie zrozumiteľných inštrukcií, príjemné vystupovanie, správny prístup k pacientom,
- zamedzenie pohľadu pacientov na použitý obväzový materiál (napr. v emitnej miske, preplnené odpadkové nádoby,...) a inštrumentárium,
- správna komunikácia s pacientom, prípadne aj s jeho podpornými osobami, ktoré ho sprevádzajú pri príprave, v priebehu a po ukončení vyšetrenia alebo ošetrovania,
- dôsledná edukácia.

U hospitalizovaných chirurgických pacientov nie je tiež zanedbateľný **vplyv prostredia a prevádzky chirurgického oddelenia** na prežívanie stresu, pričom negatívne vplyvy je možné **eliminovať** nasledovne:

- predchádzanie dlhej dobe čakania na prijatie pacienta na oddelenie („prvý dojem“),
- správna a efektívna komunikácia,
- selekcia pacientov na izby (podľa lekárskeho diagnózy a podobne),
- úprava prostredia lôžkového oddelenia - označenie oddelenia pri vchode, vedenie oddelenia, návštevne hodiny, prípadné zvláštne pokyny pre návštevy a podobne, označenie jednotlivých miestností na oddelení (napr. vyšetrovňa, jedáleň, kúpeľňa, atď.), vybavenie izieb, príslušenstvo, farebná úprava, vhodnosť nábytku, bezbariérovosť, dôraz na bezpečnosť pacienta (madlá, schodíky pri posteli, atď.), dostupnosť a čistota toalety, nástenka na chodbe s informáciami pre pacientov, denný režim, resp. poriadok na oddelení dostupný pacientom na prečítanie a podobne,

- dodržiavanie správneho poradia prevázov, resp. ošetrovania rán u hospitalizovaných pacientov (prevencia infekcie), zamedziť pohľad pacienta na použitý obvazový materiál a inštrumentárium,
- dôsledná edukácia pacientov, podávanie zrozumiteľných inštrukcií, poskytovanie informačných materiálov pacientom, príjemné vystupovanie, správny prístup k pacientom, menovky na odev zdravotníckych pracovníkov,
- správna komunikácia s pacientom a jeho podpornými osobami (vrátane telefonického kontaktu),
- možnosti aktivizácie pacientov (rozhlas, televízia a podobne), kontakt pacienta s podpornými osobami, návštevná miestnosť na oddelení,
- dôraz na intimitu a súkromie pacienta,
- zdôvodnenie zákazu návštev pacientov na jednotke intenzívnej starostlivosti,
- dodržiavanie režimu dňa na oddelení (vizity, podávanie stravy a podobne).

Pôsobenie stresogénnych faktorov na chirurgického pacienta začína už **pred vstupom do zdravotníckeho zariadenia**. K zvýšeniu intenzity jeho stresu môže prispieť fakt, že bude hospitalizovaný v neznámom zdravotníckom zariadení, ktorého lokalizáciu nepozná a pri nesprávnom označení prístupovej cesty k zdravotníckemu zariadeniu či oddeleniu sa môže stretnúť s problémami pri jeho vyhľadaní. Preto je nutné, aby manažment jednotlivých zdravotníckych zariadení pamätal aj na túto skutočnosť, a to najmä v prípade, že zdravotnícke zariadenie nenavštevujú iba pacienti z blízkeho okolia, ktorým je nemocnica či poliklinika známa. Pri správnej **orientácii pacienta** by mohli pomôcť nasledovné skutočnosti:

- správne dopravné značenie na prístupových komunikáciách (dopravná značka „nemocnica“- H),
- viditeľné označenie nemocnice alebo polikliniky; v noci osvetlený nápis,
- orientačné tabule v areáli zdravotníckeho zariadenia alebo orientačný plán pri vstupe do zariadenia,
- dôsledné označenie jednotlivých pracovísk (ambulancie, lôžkové oddelenia, RTG pracovisko, biochemické laboratórium a podobne), menovky zamestnancov na dverách ambulancií, resp. pracovní (napr. pre ľahšie vyhľadanie konkrétneho lekára),
- dobre fungujúca vrátnica zdravotníckeho zariadenia (vrátnik- informátor),
- zverejnenie zdravotníckeho zariadenia na internetovej stránke príslušného mesta s určením jeho lokalizácie,
- internetové portály konkrétnych zdravotníckych zariadení s uvedením dôležitých informácií pre pacientov (štruktúra, jednotlivé pracoviská, ordinačné hodiny, kontakty, informácie pre pacientov - napr. predoperačná príprava, životospráva pri jednotlivých ochoreniach a podobne).

Použitá literatúra

- [1] JOBÁNKOVÁ, M. a kol. 1992. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 1992, 215 s. ISBN 80-7013-127-6.
- [2] LEPIEŠOVÁ, M., CIBULOVÁ, B.: Poskytovanie informácií pacientom na chirurgickom pracovisku. In: *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*, VI, 2008, č. 4, s. V- IX. ISSN 1336-183X.
- [3] MAGERČIAKOVÁ, M. 2011. *Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov*. 1. vyd. Ružomberok: VERBUM- vydavateľstvo Katolíckej university, 2011, 124 s. ISBN 978-80-8084-808-8.
- [4] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent- Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Adresa autora

PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katolícka univerzita
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: magerciakova@ku.sk

EXPLANATION OF CONTENT OF MASTERS GRADUATES TRAININGS FOR NURSING IN UKRAINE

Irina Makhnovska

Zhytomyr Institute of Nursing

Abstract

The article explains the content of training masters students for nursing in Ukraine. It determines the principles of content selection and structuring the content of training nurses with complete higher education in health care. It presents characteristics of disciplines that provide professional, vocational, educational, practical preparation Masters in Zhytomyr Institute of Nursing.

Key words

Training, Master Degree in Nursing, the elements of educational content, curriculum, curriculum.

POPIS OBSAHU VÝUČBY MAGISTERSKÉHO ŠTÚDIA V OŠETROVATEĽSTVE NA UKRAJINE

Abstrakt

Text popisuje obsah výučby magisterského štúdia v ošetrovateľstve na Ukrajine. Determinuje princípy výberu a štruktúry štúdia sestier pri ukončení vyššieho štúdia v zdravotníctve. Predstavuje charakteristiky študijných disciplín, ktoré poskytujú profesionálnu, profesnú, výchovnú a praktickú prípravu na Zhytomírskom Zdravotníckom Inštitúte.

Kľúčové slová

Príprava – magisterský stupeň v zdravotníctve – zložky výučbového programu – curriculum.

Statement of the problem in general and its relationship with important scientific and practical issues. In terms of integration of national education to the European educational and scientific space educational content obtains special relevancy. The very it defines a system of necessary knowledge and skills, which should have a future graduate.

Higher education in Ukraine is tend to move to two-grade training system in which graduates acquire the educational and skill levels "bachelor" and "master". These graduates should have reliable and profound professional knowledge, understand the consequences of their actions, and have the necessary creativity to scientific and educational activities under the present conditions.

The problem of reforming health care trade, an urgent need for the higher education scholarship for training highly qualified personnel actualizes job training to complete higher education.

Training masters in nursing in higher education aimed at creating conditions for creative personal development and envisages obtain of deep knowledge of the selected specialty and basic skills of research. The formation of modern specialist in nursing with this level is a multi-complex process that is constantly exposed to a large number of factors and conditions.

The aim of our study is to identify and study the education content of training masters graduated in nursing in Ukraine.

Statement of main results with full justification of scientific results.

Under the content of education the researchers understand a certain amount and nature of systematic scientific knowledge, practical skills, as well as philosophical and ethical ideas, which has one master, in this case a student in the learning process. An additional content of pedagogical education in the world has different approaches: polytechnic (in Ukraine), pragmatism (in U.S.); encyclopedism (in France); existentialism (in England). Modern education is developing in different directions: humanitarization, diversification, fundamentalism, information, individualization.

Mr. V. Lugovoi understands the orderly, integrated set of elements and processes that form the educational system under the content of education.

Mr. I. Lerner justifies four basic elements of educational content:

1. Information subject to comprehension. The knowledge accumulated by mankind (main ideas, concepts, theories, concepts of science). Knowledge about the ways and methods of knowledge, types and methods of mental action.
2. Methods of work - the ability, skills.
3. The experience of emotional and valuable attitude to knowledge.
4. The experience of creative activities (transfer of knowledge, diversity, combining) [1].

As noted by N. Bryukhanov, the content of education is an aspect of process of sharing life and professional experience of mankind from generation to generation, which in all times remains open and requires a rethinking on the new reserve requirements, areas of the state [2].

In Ukraine, the content of education is determined by public documents - the curricula and training programs.

Curriculum is a state regulatory document that defines the workload of students, its distribution by terms, departments, specialties, in other words, sets the number of subjects, the number of hours dedicated to each discipline, end and beginning of the year.

Training Program - a public document that reveals the content of education in each discipline and determined system of scientific knowledge, philosophical and ethical ideas, practical skills that students need to master. There are several ways to build training programs: a) linear b) concentric c) modular (with this method of learning the content of each topic is grouped in the following areas: orientation, methodological, content, operational and active, control and verification).

The characteristic of educational content includes the justification for teaching the principles of content selection, structuring it to meet the requirements of the concept of higher professional education, profession, professional readiness, integrity, reliability and standards compliance.

Methodical equipping educational content includes methods of structuring educational elements, characterization on the level of the curriculum subjects. The basis of its formation is a graduate model, which allows determining in the selection of scientific and educational information, mastering in the studying process which will be sufficient for certain types of professional activities at the appropriate level of skill [1].

In Ukraine, the training of Master's Degree graduates in nursing is carried out in four major medical schools: Research and Training Institute of I.Horbachevskiy Ternopil State Medical University, Bukovyna State Medical Academy, Kharkiv Medical University, Zhytomyr Institute of Nursing. According to Order of the Health Ministry of Ukraine and Medical Sciences Academy of Ukraine № 522/51 dated from 12/09/08 "On the Concept of Higher Medical Education" Zhytomyr Institute of Nursing was defined as leading and responsible for the implementation of grading nursing education in the country.

In Zhytomyr Institute of Nursing, the studying process in specialty 8.110102 "Nursing" (starting from 2011 8.12010006 "Nursing") is carried out by the curriculum based on educational qualification characteristics and educational and professional programs according to state standards of higher education in Ukraine [3].

According to this curriculum content for masters nursing includes comprehensive training, which includes cycles of liberal and social economic, natural and scientific training and cycle training.

According to the curriculum of the total amount of study time throughout the preparation of future nurses to obtain the degree of "Master" of 4644 hours/86cr., including: liberal and social economic training is 486 hours / 9 cr. equal to 10%, Scientific Training - 486 hours / 9 cr. equal to 10%, professional training, practical training including - 3402 hours/63 cr. equal to 73%, preparation and defense of master's work - 324 hours / 6 cr. equal to 7% (Fig.1.1)

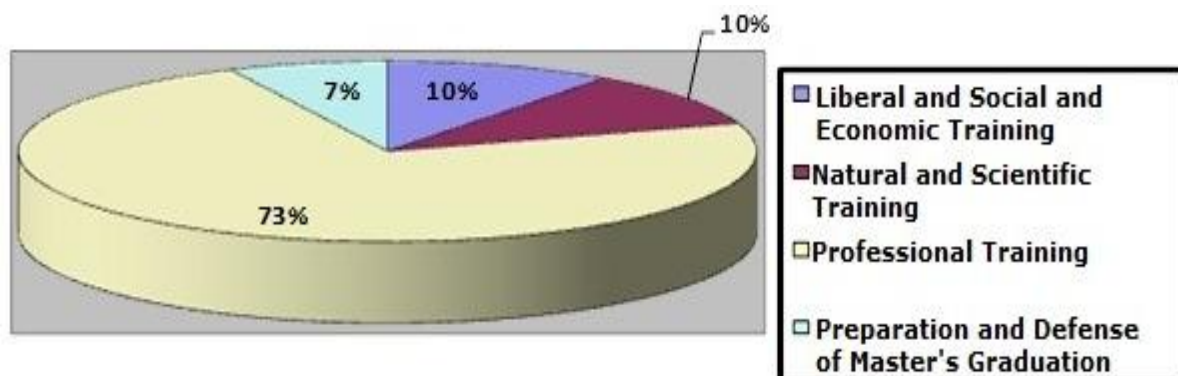


Fig.1.1. Average training time for liberal and social and economic, natural and scientific, professional training.

According to Fig. 1.2 the content of training future masters of nursing is defined as a set of professional, vocational, educational and practical training, which should ensure the formation of professional knowledge, skills and personal qualities in master nursing for the purpose of their profession. Let us justify the meaning of professional, vocational, educational and practical training.

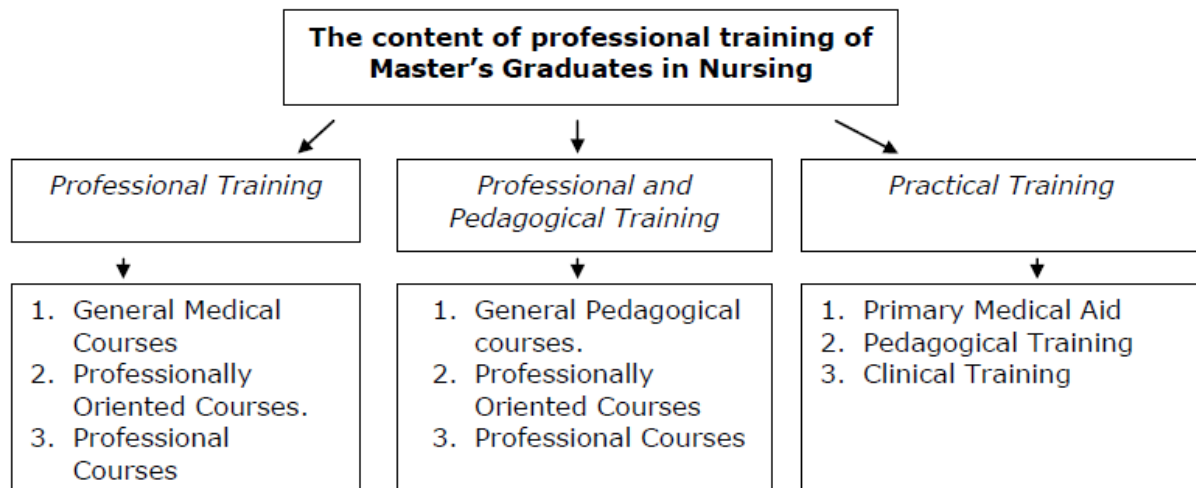


Fig. 1.2. Table of contents of training Master's Graduate in Nursing

It is well known that a professional block is a major one in education. As noted by S.Ia. Batyshev, within the block there is a professional training material that formed in the basis of mastering the relevant professional activities at the required level [4].

Taking into consideration that above said, we found that the training of future Master's Graduates of Nursing is a set of professional disciplines (Figure 1.3)

Their study involves the formation of professional knowledge and skills necessary for future Masters Graduates of Nursing to carry out their professional (legal, methodological, organizational, diagnostic, research) functions, and contributes to the improvement of professional competence of Masters Graduates of Nursing.

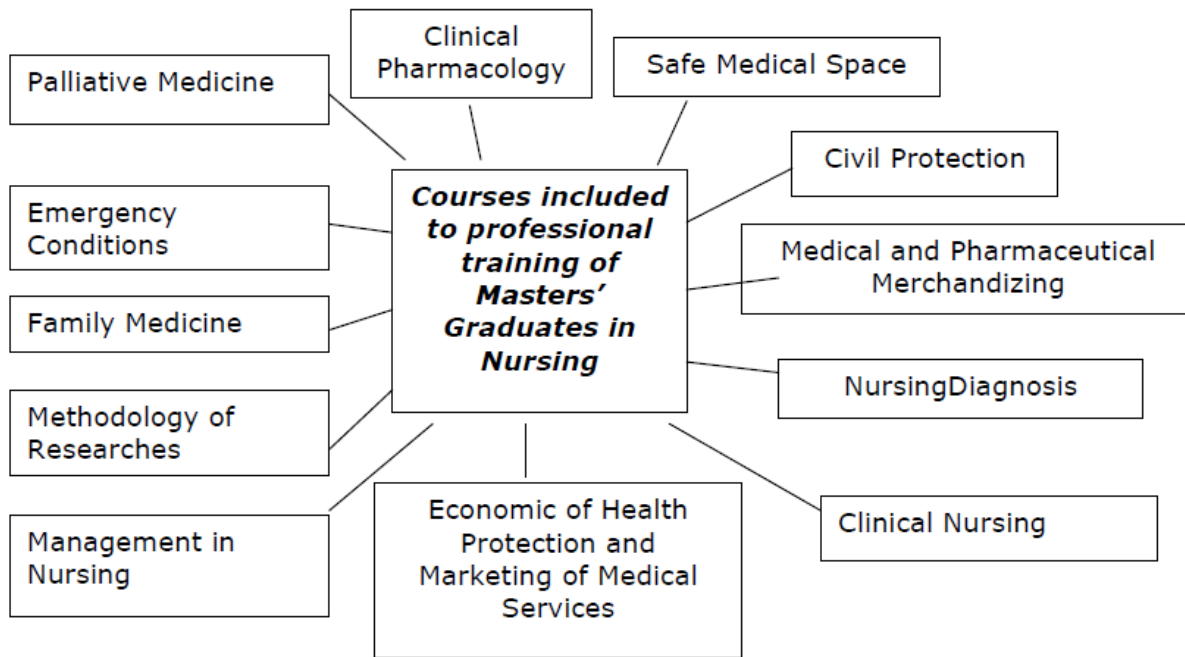


Fig. 1.3. Courses that ensure training Master's Graduates of Nursing

A Master's Graduate of Nursing must have extensive knowledge, fundamental scientific basis, have the methodology of scientific work, modern information technology, methods of obtaining, processing, storage and use of scientific information, to be able to perform creative research activities. This study contributes to professionally-oriented courses (Research Methods, Social Medicine and Medical Statistics, Medical Computer Science, Medical Jurisprudence and Legislation, Pedagogy and Teaching Arts, Psychology, the Ukrainian language for professional purposes, etc.).

Under the terms of Ukraine's development, strengthening on the international stage, strengthening of Ukrainian language as a state language faces an urgent need for implementation of the Ukrainian language into all spheres of the state of its use in professional activities of everybody. The fulfillment of this task during training Master's Graduates of Nursing is carried out by studying the course "Ukrainian Language (for professional purposes)." The aim of the course is to increase the common training language literacy of future masters, communicative competence of students, the practical mastery of the basics of business, academic, colloquial styles of the Ukrainian language, which will provide professional communication on appropriate level of language, development of skills of optimal behavior in professional field: effects on interlocutor with the help of skillful use of various linguistic means mastering the culture of monologue, dialogue, and polylogue, perception and reproduction of professional tests, studying vocabulary and terminology of their profession, the selection communicatively justified language means, application of various types of dictionaries.

National program of nursing development set forth training nurse-coordinator, the leader of nursing, instructor of nursing courses, which will be able to work with families of patients, perform scientific work on the problems of nursing, to be engaged in teaching.

Taking into consideration of this nature of Master's Graduate of Nursing trainings it is foreseen to put into the educational process course of "Teaching Arts" and "Psychology."

In the transition from medical to nursing model the future graduates surely have to be masters of communication, find new ways to create a favorable social and psychological climate of psychological support and effective nursing process in a medical educational institution of the 1st and 2nd level of accreditation for training specialists to train student with theoretical and practical courses in one of the professionally-oriented courses. After studying the course "Teaching Arts" the students shall master: general principles of teaching arts, educational researching methods, Fields and stages of the educational process in nursing. To be able to: clearly recognize the meaning, basic forms and methods of educational work, to have communication technology in nursing, to determine the content of education in nursing.

The aim of "Psychology" is to form in students motivation to a more in-depth study of psychological science, disclosure of emotional problems volitional relations towards their optimization and correction of influencing them, improving communication culture, development of communicative skills of patients with different social groups and age categories, their relatives, medical staff, colleagues, ability to overcome conflict and psychological barriers, actualize adequate understanding of the limits of professional competence, principles of professional interaction, medical ethics and deontology.

The aim of course "Social Medicine and Health Statistics" is to highlight the issue of Social Medicine, features and statistics in the health care system of Ukraine, the principles of organizational management. During the study the students master theoretical and practical issues of organizing accounting, reporting, strategic and operational planning and forecasting in the health care system in Ukraine.

The study of the subject "Research Methodology" promotes personal medical specialist who thinks creatively, consciously focused in information science and space, able to develop copyright, exclusive programs to nursing process at a high intellectual level. The curriculum of the course involves learning the basics of scientific research, in particular, the notion of science, methods of research, independent work of literature, planning and organization of scientific experiment, data processing, the formation of the students - medical skills to analyze scientific and informational references, highlight the results of scientific theoretical and research in search of master works, scientific research.

The practice of students is an integral part of professional training of future graduates.

The curriculum of training nursing to obtain the qualification of "Master" provides the following production practices:

- 1. Primary medical aid.** Practice of PMA allows assessing professional suitability of the future graduate, helps to understand their place in the total national health care. Duration of practice 10 weeks (540 hours/10 cr.).
- 2. Educational Practice.** Promote the formation of pedagogical skills, increase professional competence and skills of future professionals. Duration of practice 10 weeks (540 hours/10 cr.).

3. Clinical Practice. Conducted to summarize the content of acquired education, knowledge and skills combined with actual conditions of their application. Duration - 10 weeks (540 hours/10 cr.).

Future professional activity of pedagogical, scientific or administrative activity in the medical field should be associated with performance the functions of university teacher, scientist or manager. That commitment to such activities shall certify the master graduation paper.

Conclusion

To sum up the abovesaid, we determined the content of training future masters of nursing in health care.

The content of such training, forms, methods, techniques of training will depend on whether the graduate starts their professional career, having mostly theoretical knowledge about the future of the profession that professionals often advised to "forget because of their inapplicability to practice", or for future specialist training will practically oriented preparation and will be motivated to use in future careers.

The research presented characteristics of courses that provide professional, vocational and educational and practical training to future Masters. Analysis of teaching documents showed that the training of future Master's Graduates of Nursing in Zhytomyr Institute of Nursing is more rigid in the direction of professional and practical training.

REFERENCES

- [1] Kornosenko O.K. Education Technology of Training Specialists of Physical Culture // New learning technologies. Number 61 - Kyiv: 2010, p.116.
- [2] Bryukhanova N.O. The content of Education: Aspects of Studies / N.O. Bryukhanova // Issues of Engineering and Pedagogical Education: № 18-19 2007 - p. 57-68.
- [3] Curriculum for Training Masters focusing on 1101 Medicine specialty 8.110102 "Nursing".
- [4] Batyshev S.Ia. Professional Teaching Arts // Edited by S.Ia. Btyshev.-2 edition, as amended– M.: Association "Professional Education" - Moscow: 1999 .- p. 904.

KOMPARACE VÝSLEDKŮ ZAHRANIČNÍ STUDIE VYBRANÝCH KOMPONENT ALIANCE 3N U PACIENTŮ S DEFICITNÍ ZNALOSTÍ 00126 A SRDEČNÍM SELHÁNÍM S VÝSLEDKY STUDIE U ČESKÝCH PACIENTŮ

Radka Matějková, Jana Marečková

DSP Ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci

Abstrakt

Studentský projekt se bude zabývat ověřováním propojení tří ošetřovatelských klasifikací Aliance NNN, NANDA - Int. ošetřovatelské diagnózy Deficitní znalost – 00126 a NOC výsledkem ošetřovatelské péče Znalost v oblasti léčebného režimu s NIC ošetřovatelskou intervencí Edukace/poučení: o postupech/o léčbě (PARK, 2010, s. iv), u 50 probandů se srdečním selháním.

Klíčová slova

NANDA-Int., NIC, NOC, Aliance 3N, Deficitní znalost 00126.

COMPARISON OF RESULTS OF FOREIGN STUDIES OF SELECTED COMPONENTS OF THE ALLIANCE 3N IN PATIENTS WITH NURSING DIAGNOSIS DEFICIENT KNOWLEDGE 00126 AND HEART FAILURE WITH THE RESULTS OF STUDIES IN CZECH PATIENS

Abstract

The project will address the authentication between the three nursing classifications NNN linkages, NANDA - Int. nursing diagnosis Knowledge Deficit - 00126 and NOC outcome of nursing care Knowledge: Treatment Regimen with NIC nursing interventions Teaching: Procedure/Treatment (PARK, 2010, p. iv.), in about 50 patients with heart failure.

Key words

NANDA-Int., NIC, NOC, NNN linkages, Knowledge deficit 00126.

Úvod

Název Aliance 3N (NNN linkages) je odvozen od prvních písmen klasifikačních systémů NANDA - International, NIC (Nursing Interventions Classification) a NOC (Nursing Outcomes Classification). Asociace NANDA International (NANDA I) se zabývá vývojem ošetřovatelské diagnostiky, jejímž výstupem jsou ošetřovatelské diagnózy s kódy řazené do 13 domén. Každá ošetřovatelská diagnóza má svoji definici a její výskyt se ověřuje určujícími znaky (UZ), souvisejícími faktory (SF) nebo rizikovými faktory (RF). NIC vyvíjí rozsáhlý soubor ošetřovatelských intervencí a ošetřovatelských činností, také s definicí a s označením kódem. U každé intervence jsou odkazy na odborné publikace, ve kterých je možno dohledat

informace o ošetrovatelských činnostech. NOC se věnuje vývoji standardizovaných výsledků ošetrovatelské péče. Každý z NOC výsledků ošetrovatelské péče zahrnuje nabídku indikátorů péče s hodnocením pomocí s doporučením škál. Výhoda spojení NANDA-I, NIC, NOC tedy spočívá v tom, že ke každé ošetrovatelské diagnóze jsou stanoveny konkrétní ošetrovatelské intervence a výsledky ošetrovatelské péče.

Východiska dané problematiky

Projekt se bude zabývat ověřováním propojení všech tří klasifikací u pacientů se srdečním selháním. Hye Jin Park se v roce 2010 věnovala propojení prvků Aliance 3N u pacientů se srdečním selháním (NANDA-I, NOC, and NIC linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure), pomocí retrospektivní analýzy. Na základě výsledků jejího výzkumu bylo vyhodnoceno jako nejefektivnější propojení NANDA - Int. diagnózy Deficitní znalost 00126 a NOC výsledku ošetrovatelské péče Znalost v oblasti léčebného režimu s NIC ošetrovatelskou intervencí Edukace/poučení: o postupech/o léčbě (PARK, 2010, s. iv).

Analýza dané problematiky (cíle, soubor, metody)

Hlavním cílem projektu je ověřit propojení klasifikačních systémů Aliance 3N - NANDA - Int. Ošetrovatelské diagnózy Deficitní znalost – 00126 a NIC ošetrovatelskou intervencí Edukace/poučení: o postupech/o léčbě s NOC výsledkem ošetrovatelské péče Znalost v oblasti léčebného režimu u 50 probandů. U každého hospitalizovaného pacienta, staršího 18 let se srdečním selháním, bude provedeno posouzení přítomnosti určujících znaků, souvisejících faktorů NANDA International implementovaných v diagnostickém algoritmu Marečkové, u ošetrovatelské diagnózy Deficitní znalost 00126 (Marečková, 2006, s. 36-39). V návaznosti na diagnostický závěr budou z výzkumu vyřazeni pacienti, u nichž nebude tato ošetrovatelská diagnóza ověřena. U pacientů s pozitivním diagnostickým závěrem bude ověřována pomocí posouzení, rozhovoru a pozorování přítomnost NIC ošetrovatelské intervence Edukace/poučení: o postupech/o léčbě a následně se bude sledovat četnost jednotlivých ošetrovatelských činností spadajících pod tuto NIC ošetrovatelskou intervenci. Následně bude změřen pomocí škál, posouzení, rozhovoru a pozorování NOC výsledek ošetrovatelské péče Znalost v oblasti léčebného režimu. Poté budou data zpracována elektronicky. Výsledek propojení všech tří komponent Aliance NNN bude porovnán s výzkumem H.J. Park z roku 2010 a výstupem publikace NANDA, NOC, and NIC Linkage, 2011.

Použitá literatura

- [1] American Heart Association [online]. 2011 [cit. 2011-05-17]. *Congestive Heart Failure*. Dostupné z WWW: <<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4585>>.
- [2] BERGER, S. *Validation Studies On NANDA-I Nursing Diagnoses: Methodical demands, overview of studies and critical evaluation*. [online]. [cit. 2011-05-10]. Dostupné z WWW: <http://www.nanda.org/Portals/0/PDFs/Conference/Research/Res_5_7_Presentation.pdf>

- [3] BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th edition. St. Louis: Mosby, 2008. 976 s. ISBN 978-0-323-05340-2.
- [4] Clark, J. , Lang, N. Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*. 1992, 39(4), s. 109-111, 128.
- [5] FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses in *e-Publications@Marquette* [online]. Marquette University: 1987. Dostupné z WWW: <http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac>.
- [6] GALDEANO, L. E., ROSSI, L. A., DANTAS, R. A. S. Deficient Knowledge Nursing Diagnosis: Identifying the Learning Needs of Patients With Cardiac Disease. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2010, roč. 21, vyd. 3., s. 100 – 107.
- [7] HERDMAN, T. H. (ed.): *Nursing Diagnoses 2009–2011: Definitions and Classifications*. Wiley-Blackwell, 2008. 464 s. ISBN 978-1-4051-8718-3.
- [8] JAROŠOVÁ, D. MAREČKOVÁ, J. SIKOROVÁ L., PAJOROVÁ, H. Projekt využitelnosti ošetrovatelských klasifikací NANDA- Int. a NIC v domácí péči. *Profese on-line*. 42 Olomouc: Fakulta zdravotnických věd UP. ISSN 1803-4330. 2009, roč. 2, č. 3, s. 123-130.
- [9] JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H., DOCHTERMAN, J.M., MAAS, M., MOORHEAD, M., & SWANSON, E. *NANDA, NOC, and NIC Linkages*- 3. vyd. St. Louis: 2012. Mosby.
- [10] KAUTZ, D. D., KUIPER, R., PESUT, D. J., WILLIAMS, R. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) Language for clinical reasoning with the outcome-present state-test (OPT) model in *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. NANDA International: 2006, roč. 17, č. 3, 129-138 s.
- [11] MAREČKOVÁ, J. *NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006b. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
- [12] MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3. 264 s.
- [13] MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M., SWANSON, E. *Nursing outcomes classification (NOC)*. 4. vyd. St. Louis, 2008. 936 s. ISBN 978-0-323-05408-9.
- [14] PARK, H. J. *NANDA-I, NOC, and NIC linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure*. Dizertační práce, University of Iowa, 2010. 175 s.
- [15] SCHERB, C. A. Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure in *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. ročník 22, číslo 1. NANDA International. 2011.

Adresy autorů

Mgr. Radka Matějková – student
DSP Ošetrovatelství, Děkanát FZV UP v Olomouci
tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc
e-mail: radka.matejkova@gmail.com

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D. – školitelka DSP Ošetrovatelství, předsedkyně oborové
rady DSP Ošetrovatelství
Děkanát FZV UP v Olomouci
tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc
e-mail: jana.mareckova@upol.cz

NÁROČNOSŤ POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U GERIATRICKÉHO PACIENTA

Iveta Matišáková, Katarína Gerlichová

Fakulta zdravotníctva Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Cieľom príspevku je podať ucelený obraz o úlohách geriatrického ošetrovateľstva, o poskytovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti geriatrickým pacientom metódou ošetrovateľského procesu a hlavne poukázať na náročnosť práce sestier, ktoré poskytujú starostlivosť geriatrickým pacientom a ich rodinám. Vo výskume sme sa zamerali na zistenie úrovne náročnosti ošetrovateľskej starostlivosti u geriatrického pacienta. Výsledky výskumu nám ukázali, že starostlivosť o geriatrického pacienta predstavuje pre sestry rovnakú záťaž po psychickej a fyzickej stránke a ako najnáročnejšiu hodnotia starostlivosť o geriatrického pacienta so psychickým ochorením.

Kľúčové slová

Staroba. Geriatrický pacient. Náročnosť ošetrovateľskej starostlivosti. Kvalita života.

THE DEMANDINGNESS OF PROVIDING A NURSING CARE WITH GERIATRIC PATIENT

Abstract

The paper is an overall picture of geriatric nursing roles, the provision of comprehensive geriatric nursing care to patients through the nursing process and especially to highlight the difficulty of working nurses who provide geriatric care for patients and their families. In the practical part we focused on investigating the level of severity of nursing care for geriatric patient. The results of the research showed that the nursing care for geriatric patient represents for nurses the same severity in both physical and mental aspects and they rate the care for the geriatric patient with a mental illness as the most demanding.

Key words

Old Age. Geriatric Patient. Intensity of nursing care. Quality of Life.

Úvod

Adekvátna ošetrovateľská starostlivosť vedie k udržaniu kvality života starého človeka. Dôležitým článkom v tomto procese je sestra, ktorá pomáha starému človeku v ťažkých a náročných situáciách a veľakrát sa stáva jediným človekom, ktorý mu pomôže nájsť ešte zmysel života. Preto je potrebné poukázať na to akú ťažkú a náročnú, ale aj hodnotnú a veľmi prínosnú prácu vykonávajú sestry na geriatrických oddeleniach a vo všetkých zariadeniach kde žijú starí ľudia.

Ošetrovateľská starostlivosť o geriatrického pacienta

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti v geriatrickej je udržať starého človeka čo najdlhšie v pôvodnom prostredí, čo najviac sebestačného a so zachovaním kvality života na maximálnej možnej úrovni. Dá sa hodnotiť pomocou faktorov ako sebestačnosť, neprítomnosť bolesti a utrpenia, zachovanie zmyslových schopností, udržanie zmyslových funkcií, finančný štandard, pocit užitočnosti pre iných a pod. (Litomerický, 1996, s. 177).

Zásady ošetrovania starého pacienta musia zohľadňovať zvláštnosti chorôb v starobe. Zameriavajú sa hlavne na špecifické geriatrické syndrómy a komplikácie chorôb. Sú charakterizované najmä tým, že ošetrovanie je: **1. diferencované, 2. komplexné, 3. kontinuálne, 4. aktívujúce, 5. preventívne, 6. plánované** (Hegyí, 2005, s. 6).

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť bude poskytovaná len vtedy, ak aj personál geriatrických oddelení bude mať nielen dostatočné vzdelanie, ale aj dobré podmienky na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Každé nemocničné oddelenie má svoje špecifiká, ktorými sa líši od ostatných oddelení. Geriatrické oddelenia sú v tomto ohľade oproti iným oddeleniam veľmi rozdielne. **Rozdielnosť sa vzťahuje najmä na:**

Úroveň náročnosti fyzickej práce sestier na geriatrickom oddelení:

- geriatrickí pacienti, ktorí sú pohybovo obmedzení alebo až imobilní, trpia inkontinenciou a polymorbiditou

Úroveň psychickej náročnosti práce sestier na geriatrickom oddelení:

- u niektorých geriatrických pacientov sú menej či viac výrazné psychické zmeny v starobe, u niektorých sú prítomné psychické poruchy charakteru psychiatrického ochorenia

Na geriatrických oddeleniach častejšie umierajú pacienti ako na iných oddeleniach:

- sprevádzanie umierajúceho geriatrického pacienta je pre sestry záťažovou situáciou

Znížená úroveň spolupráce geriatrických pacientov so zdravotníckym personálom:

- sestry musia pokyny pacientom opakovať, čo kladie zvýšené nároky na ich trpezlivosť a emočnú stránku prístupu ku geriatrickým pacientom
- náplň práce sestry predstavujú prevažne výkony zamerané na základnú ošetrovateľskú starostlivosť než na vysoko odbornú ošetrovateľskú starostlivosť, čo niektoré sestry po čase výrazne frustruje (Gulášová, 2006, s. 280)

Výskum

Problém výskumu

Problémom výskumnej časti je otázka „Je starostlivosť o geriatrických pacientov pre sestry, ktoré im poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť náročná?“

5. 1 Ciele výskumu

1. Zistiť úroveň náročnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u geriatrického pacienta.

2. Zistiť úroveň náročnosti ošetrovateľskej starostlivosti pri jednotlivých syndrómoch a ochoreniach v geriatrickom veku a zistiť, pri ktorých je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti najnáročnejšie z pohľadu sestry.
3. Zistiť či sú sestry dostatočne pripravované počas štúdia na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti u geriatrického pacienta.
4. Zistiť význam ošetrovateľského procesu v praxi z pohľadu sestry.
5. Zistiť vplyv pracovného zaťaženia sestier, ktoré realizujú starostlivosť u geriatrických pacientov na ich jej duševnú pohodu.

5. 2 Metodika výskumu

Metódy prípravy a spracovania vedeckovýskumnej činnosti:

Na spracovanie teoretických východísk sme použili literárnu metódu. Umožnila nám získať doteraz už známe a v praxi používané poznatky z oblasti gerontológie, geriatrickej, manažmentu.

Metódy získavania nových faktov:

Pre zber empirických údajov sme použili dotazníkovú metódu, ktorá je časovo najekonomickejšou, vhodnou pre hromadný zber informácií, v relatívne krátkom čase a vhodnou na štatistické spracovanie. Dotazník začína úvodom, ktorý obsahuje prihovorenie sa respondentom, vysvetlenie významu vyplnenia jednotlivých položiek a poďakovanie. Druhá časť dotazníka je zameraná na predmet výskumu. Pozostáva z položiek zatvorených, ktorých je 14, poloopených, ktorých je 8 a otvorených, ktorých je 6 .

Metódy spracovania získaných faktov:

Na spracovanie získaných údajov sme použili metódy kvalitatívnej a kvantitatívnej analýzy, obsahovú analýzu dotazníkových položiek a metódy jednorozmernej deskriptívnej štatistiky.

5. 3 Charakteristika výskumnej vzorky

Vzorku respondentov tvorili sestry z nemocníc v Trenčianskom kraji a Žilinskom kraji. Z nich sme stratifikovaným výberom vytvorili výberový súbor, ktorý pozostával zo 400 sestier pracujúcich na oddeleniach, na ktorých sú hospitalizovaní geriatrickí pacienti (geriatrické, doliečovacie, interné oddelenia). Zo súboru respondentov bolo 384 žien a 3 muži.

5. 4 Organizácia a realizácia výskumu

Prípravou pred výskumom bola pilotná štúdia (pilotáž), ktorú sme zrealizovali v mesiaci marec 2008 formou rozhovoru so sestrami, ktoré pracujú na oddeleniach s geriatrickými pacientmi, aby sme urobili prvú sondu do problematiky, ktorú sme chceli skúmať. Na pilotnú štúdiu sme nadviazali predvýskumom, ktorý sme zrealizovali na vzorke 20 respondentov. Overovali sme techniky a metódy, ktoré sme chceli využiť vo výskume. Na základe predvýskumu sa nám podarilo spresniť niektoré položky v použitom dotazníku.

V mesiacoch apríl – jún 2011 sme zrealizovali zber údajov. Vo výskume na získanie údajov sme použili dotazník, ktorý bol anonymný. Administrácia dotazníka bola priama aj nepriama.

5. 5 Analýza a interpretácia výsledkov výskumu

Oslovení respondenti boli vo veku od 24 do 58 rokov. Z celkového počtu bolo až 29, 72% respondentov v kategórii od 26 do 35 rokov a 28, 94% bolo v kategórii od 36 do 45.

Počet rokov praxe sestier bol rôzny. Najviac bola zastúpená kategória od 16 - 30 rokov praxe, v ktorej bolo zastúpených až 39, 79% respondentov a v kategórii od 6 do 15 rokov praxe, v ktorej bolo zastúpených 39,02% respondentov. Tiež nás zaujímalo vzdelanie oslovených respondentov. Najviac bolo respondentov s ukončenou SZŠ - 40, 05%, najmenej bolo s ukončeným vysokoškolským vzdelaním I. stupňa (bakalár) - 3, 10% respondentov.

Vzhľadom na skutočnosť, že práca s geriatrickým pacientom má určité špecifiká (v súvislosti so zmenami, ktoré sú typické v tomto vekovom období), tak je dôležité, aby sestry na túto prácu boli dostatočne odborne pripravené. Až 47, 29% respondentov hodnotilo svoju pripravenosť ako dobrú, 29,97% ako veľmi dobrú a len 2,07 respondentov hodnotilo, že na túto prácu neboli vôbec pripravení. V nadväznosti na predchádzajúcu otázku sme zisťovali ako sestry hodnotia úroveň svojich vedomostí a zručností z oblasti geriatrickej a geriatrického ošetrovateľstva a hodnotili ju rôzne. „*Geriatrické ošetrovateľstvo je komplexná ošetrovateľská starostlivosť o chorých seniorov, ktorá zohľadňuje ich potreby v súvislosti s chorobami vo vyššom a vysokom veku, najmä so špecifickými geriatrickými syndrómami a komplikáciami chorôb. Je to starostlivosť zameraná na uspokojovanie potrieb starého človeka a na riešenie jeho problémov*“ (Poledníková et al., 2006, s. 14). Až 68, 99% respondentov považuje úroveň svojich vedomostí a zručností z oblasti geriatrickej a geriatrického ošetrovateľstva za dobrú. Na základe odpovedí z uvedených dvoch otázok môžeme konštatovať zhodu odpovedí.

Vzhľadom na to, že sme sa vo výskumnej časti zamerali na zisťovanie náročnosti ošetrovateľskej starostlivosti o geriatrického pacienta, tak nás zaujímalo z akého hľadiska sestry považujú svoju prácu za náročnú. Z hľadiska fyzickej náročnosti práce 33 (8,53%) respondentov, 39 (10,07%) respondentov z hľadiska psychickej náročnosti práce, 309 (79,84%) respondentov z hľadiska fyzickej aj psychickej náročnosti práce, 3 (0,78%) respondenti nevedeli posúdiť náročnosť svojej práce a nechceli sa vyjadriť 3 (0,78%) respondenti. Uvedená otázka nám dáva odpoveď na problém náročnosti ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je poskytovaná geriatrickým pacientom pri jednotlivých problémoch, ktoré sú časté v geriatrickom veku.

Vybrali sme 15 najčastejších problémov, ktorými často trpia pacienti v tomto veku a sestry ich musia riešiť. Každý položke sme priradili čísla od 1 do 5 a respondenti nám určili náročnosť jednotlivých problémov zakrúžkovaním jedného čísla v uvedenej stupnici. Z každej položky sme vypočítali aritmetický priemer. Najvyšší priemer nám vyšiel 4,39 pri starostlivosti o dezorientovaného geriatrického pacienta a geriatrického pacienta s demenciou. Najnižší aritmetický priemer 2,05 pri starostlivosti o geriatrického pacienta so zavedeným PK. Pri psychických a fyzických problémoch uvádzame modus (hodnota premennej, ktorá sa vyskytuje v súbore najčastejšie).

Psychické problémy: starostlivosť o dezorientovaného geriatrického pacienta – 219 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o dementného geriatrického pacienta – 204 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o zmäteného geriatrického pacienta – 201 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o geriatrického pacienta s kognitívnymi zmenami – 147 respondentov uviedlo č. 4, starostlivosť o geriatrického pacienta s poruchou adaptácie – 126 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o geriatrického pacienta

v terminálnom štádiu – 213 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o geriatrického pacienta s bolesťou – 138 respondentov uviedlo č. 4.

Fyzické problémy: starostlivosť o imobilného geriatrického pacienta – 183 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o geriatrického pacienta s dekubitmi - uviedlo 165 respondentov č. 5, starostlivosť o geriatrického pacienta s inkontinenciou – 129 respondentov uviedlo č. 5, starostlivosť o geriatrického pacienta so zavedeným PK –132 respondentov uviedlo č. 2, starostlivosť o pacienta s oro/nasogastrickou sondou – 138 respondentov uviedlo č. 3, starostlivosť o pacienta s PEG – 129 respondentov uviedlo č. 4, starostlivosť o geriatrického pacienta s obštipáciou - 186 respondentov uviedlo č. 3, ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s poruchou adaptácie - 183 respondentov uviedlo č. 3.

Dôležitou súčasťou starostlivosti o geriatrického pacienta je aj komunikácia. 117 (30,23%) respondentov považuje komunikáciu za veľmi náročnú a vyčerpávajúcu, 174 (44,96%) respondentov považuje komunikáciu za primerane náročnú, 27 (6,98%) respondentov považuje komunikáciu za skôr nenáročnú ako náročnú, 66 (17,05%) respondentov nemá problémy s komunikáciou, 0 respondentov to nedokáže posúdiť a 3 (0,78%) respondenti sa nechceli vyjadriť.

Zaujímalo nás prečo respondenti považujú komunikáciu s geriatrickým pacientom za náročnú. Dôvodov uviedli viacero. 15 (5,15%) respondentov uviedlo vysoký vek, 30 (10,31%) respondentov uviedlo psychický stav pacientov, 10 (3,44%) respondentov fyzický stav pacientov, 24 (8,25%) respondentov poruchu pamäti, 12 (4,12%) respondentov poruchu zraku a sluchu, 10 (3,44%) respondentov poruchu reči, 12 (4,12%) respondentov sťaženu spoluprácu, 11 (3,78%) respondentov imobilitu, 20 (6,87%) respondentov poruchy správania, 26 (8,93%) respondentov agresivitu pacientov, 33 (11,34%) respondentov dezorientáciu pacientov, 24 (8,25%) respondentov demenciu, 24 (8,25%) respondentov nespoluprácu pacientov so zdravotníckym personálom, 30 (10,31%) respondentov nezáujem pacientov, 10 (3,44%) respondentov nedostatok času.

Súčasťou starostlivosti o pacientov v nemocnici je aj ich spolupráca s rodinnými príslušníkmi, z ktorými majú rôzne skúsenosti a preto sme chceli vedieť dôvody náročnosti tejto spolupráce. Tých dôvodov bolo veľa, preto vyberáme len tie, ktoré sú najviac zastúpené (neochota spolupracovať, nezáujem starať sa, len sa sťažujú, návšteva príbuzných len v deň dôchodku, nedôvera k personálu, vysoké nároky príbuzných na ošetrojúci personál, podľa príbuzných sa má starať len personál, pretože za túto prácu dostávajú peniaze, ľahostajnosť, neochota komunikovať, rodinné problémy (týranie, nehody pre majetok a pod.), neprimerané očakávania od liečby, neprijatie ochorenia u svojho príbuzného, strach a nedôvera).

Podľa Křivohlavého existencionálnou potrebou človeka je zmyslupnosť života (vlastnej činnosti, práce, žitia). Keď ľudia zistia, že ich život a práca prestáva byť zmysluplná sú ohrozovaní stresom, vyčerpaním, únavou a až syndrómom vyhorenia. Cieľom našej práce nebolo zisťovať príznaky syndrómu vyhorenia ani jeho existenciu, ale chceli sme vedieť aké pocity majú sestry v súvislosti so svojou prácou, či ich povolanie napĺňa a či majú snahu alebo záujem zmeniť svoje zamestnanie. A vzhľadom na špecifiká práce na geriatrickom oddelení, na jej náročnosť nás práve preto zaujímalo ako toto prostredie vplýva na ich prežívanie.

Práca s geriatrickým pacientom si vyžaduje celú osobnosť sestry a preto je potrebné, aby relaxovala a tým predchádzala fyzickým, ale hlavne psychickým problémom. Podľa uvedených odpovedí vidíme, že sestry si nájdu pre seba, aj pre svoje záujmy mimo pracovného času. Pre 40 sestier je záujmom rodina, pre 74 sestier záhrada, pre 61 sestier knihy, pre 31 kino alebo divadlo, pre 25 šport, pre 52 turistika, pre 22 cykloturistika, pre 28 sestier cestovanie, pre 19 šoférovanie, pre 5 spánok pre 4 televízor a dobrý film, pre 52 prechádzky v prírode, pre 9 štúdium, pre 34 domáce zvieratá, pre 6 korčuľovanie, pre 49 ručné práce, pre 28 lúštenie krížoviek a možnosť iné uviedlo 9 sestier (uviedli, že sú unavené, prepracované a na záujmy nemajú čas, ani chuť a ani náladu).

Hodnotné pre interpersonálne vzťahy je, ak si spolupracovníci nájdu čas pre spoločné aktivity. Podľa nášho dotazníka len 32,30% respondentov uviedlo, že nemajú záujem o spoločné aktivity, ale až 59,95% respondentov uviedlo, že nemajú záujem o spoločné aktivity, 6,72% respondentov uviedlo, že niekedy majú záujem a možnosť iné uviedlo 1,03% respondentov (napísali, že spoločné aktivity sa v ich zdravotníckom zariadení neorganizujú).

Na to, aby sme udržali sestry v ich povolaniach a zamestnaní, je potrebné ich v tejto práci motivovať. Len 39,10%, 08% respondentov odpovedalo, že sú motivovaní (finančne, pochvala), až 39,53% respondentov odpovedalo, že nie sú motivovaní v práci a 50,39% respondentov sa nechcelo vyjadriť k tejto otázke.

Chceli sme od sestier získať návrhy na spôsob uľahčenia práce. Zlepšenie materiálne-technického vybavenia oddelení uviedlo – 300 sestier, menej lôžok na izbách – 20 sestier, zvýšenie počtu zdravotníckych pracovníkov – 300 sestier, flexibilnejšie rozvrhnutie práce – 42 sestier, zlepšenie komunikácie s rodinou – 23 sestier, zlepšenie komunikácie s lekármi – 26 sestier.

5. 6 Diskusia

Teoretické poznatky zamerané na náročnosť práce s geriatrickým pacientom sa takmer v literatúre nenachádzajú. Literatúra a odborné publikácie popisujú hlavne časti v súvislosti so špecifikami geriatrického veku, ochoreniami a syndrómami v geriatrickom veku, ale práca zdravotníckych pracovníkov je v týchto prípadoch popísaná len veľmi jednoducho, stručne alebo vôbec. Preto sme sa rozhodli viac sa zaoberať touto problematikou.

Veľký vplyv na prácu a kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti v geriatrickej tak ako aj v iných oblastiach ošetrovateľstva má dominantnosť medicíny, nedostatočné personálne i materiálne vybavenie oddelení, ekonomická situácia v zdravotníctve, medziľudské vzťahy na pracovisku, podmienky pre ďalšie vzdelávanie sestier, podpora sestier vedením oddelenia, morálne a finančné hodnotenie. Pre udržanie a zlepšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti, pre zníženie náročnosti starostlivosti je potrebný dostatok sestier, zdravotníckych asistentov, samozrejme dostatok pomôcok, prístrojov, zdravotno-výchovných materiálov. Ale to nestačí. Je potrebné dostatočné odborné vzdelanie, záujem o pacienta a jeho rodinu, empatia, porozumenie, rešpekt, súcitiť, opora, pomoc a láska.

Výsledky z výskumu nás viedli k formulácii nasledovných odporúčaní pre ošetrovateľskú prax:

- podporovať ďalšie vzdelávanie sestier,

- nabádať nadriadených k motivácii sestier (pochvala, uznanie, rešpekt, finančné ohodnotenie.... ,
- zlepšiť materiálno-technické vybavenie oddelení a nemocníc,
- zabezpečiť dostatok personálu v nemocniciach (motivovať už študentov, aby po štúdiu zostali pracovať v nemocniciach na Slovensku),
- udržiavať dobré vzťahy na pracovisku (spoločné aktivity, zájazdy, spoločenské podujatia, kultúrne podujatia...),
- prijať sestru ako rovnocenného partnera lekára,
- skvalitňovať a prehĺbovať výučbu geriatrickej a geriatrického ošetrovateľstva pre sestry,
- počas štúdia motivovať študentov a pomáhať im vytvárať vzťah k starým ľuďom,
- podporovať prax na geriatrických, doliečovacích oddeleniach, v sociálnych zariadeniach, v hospicoch,
- vyzdvihovať celospoločenský význam ošetrovateľstva,
- zabezpečiť povinné liečebno-rehabilitačné pobyty pre sestry 1x ročne,
- zlepšiť starostlivosť o pacientov s geriatrickými syndrómami (imobilita, inkontinencia, dekubity, malnutícia, pády a úrazy.....),
- zvyšovať kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti geriatrickým pacientom, zdôrazňovať význam edukácie obyvateľstva pre význam zdravého starnutia,

Záver

Predlžovanie ľudského veku prináša problémy zdravotné, sociálne, ekonomické nielen pre jedinca, jeho rodinu, ale aj pre celú spoločnosť. Ale napriek tomu, starnutie populácie je treba považovať za zásadný úspech, pretože tento fenomén vznikol vďaka dlhšiemu životu a lepšiemu zdraviu obyvateľstva mnohých krajín. Problémy, ktoré starnutie prináša, je potrebné riešiť, pretože mnohé z nich sú riešiteľné. Ide o to, že aby sa s predĺžením ľudského veku predĺžilo tiež to obdobie života človeka, v ktorom je schopný viesť plnohodnotný a nezávislý život v dobrom zdravotnom stave.

Práca na oddeleniach, kde sú hospitalizovaní geriatrickí pacienti bola a vždy bude náročná po stránke fyzickej aj psychickej. Miera náročnosti závisí od mnohých aspektov, ktoré sme v práci viackrát uviedli (pracovná zaťaženosť, materiálno-technické zabezpečenie, vplyv práce na sestru, medzilidské vzťahy, motivácia v práci). Každá sestra, ktorá sa rozhodne starať o starých ľuďoch, musí si tento krok premyslieť. Je potrebné, aby mala pozitívny vzťah k starým ľuďom, a dokázala ich pochopiť. Musí mať nekonečne veľa trpezlivosti, empatie, komunikačné zručnosti, musí dodržiavať etické aspekty, zachovávať ľudskú dôstojnosť, musí sa sama vysporiadať s otázkou zomierania a smrti. Predstava sestry, ktorá je dôležitá pre geriatrického pacienta je taká, ktorá jedná a rozhoduje nezávisle, na základe svojich vedomostí, zručností, profesionálnej zodpovednosti pri riešení individuálnych problémov geriatrického pacienta, ale v tomto prípade aj jeho príbuzných.

Starostlivosť o starých ľudí nemôžeme nazvať zamestnaním, ale poslaním. A preto na tieto sestry nesmieme zabúdať.

Použitá literatúra

- [1] GULÁŠOVÁ, I. 2006. *Náročnosť manažovania práce na geriatrickom oddelení*. In *V. Mezinárodní symposium Ošetrovatelství: zborník z vedeckej konferencie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 279 – 287.
- [2] HEGYI, L.: 2005. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovac Academic Press, spol. s. r. o., 2005. 128 s. ISBN 80-88908-80-9.
- [3] LITOMERICKÝ, Š.:1996. Kvalita života človeka a intervenčná gerontológia. In *Lekársky obzor*, 1996, roč. 45, č.6 , s. 177.
- [4] POLEDNÍKOVÁ, L. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 1. Vydanie. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

Adresy autorov

PhDr. Iveta Matisáková, PhD.

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Fakulta zdravotníctva

Študentská 2

911 50 Trenčín

Slovensko

e-mail: iveta.matisakova@tnuni.sk

katarina.gerlichova@tnuni.sk

MANAŽMENT TELESNEJ HMOTNOSTI U TEHOTNEJ ŽENY S OBEZITOU

Eudmila Matulníková

Abstrakt

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť podiel tehotných žien s obezitou a nadváhou a vplyv BMI pred tehotenstvom na prírastok telesnej hmotnosti a gestačnú telesnú hmotnosť v priebehu tehotenstva.

Metodika: V analytickej retrospektívnej štúdii, ktorá prebiehala v mesiacoch jún, júl, august a september 2010, sme sledovali a zaznamenávali do štruktúrovaných hárkov vopred stanovené premenné u 801 žien, ktoré porodili. V štúdii sme sledovali faktor pred tehotenského BMI a hmotnostný prírastok v tehotnosti. Súbor bol rozdelený na štyri podsúbory žien, ktoré sme kategorizovali na základe hodnôt BMI podľa WHO klasifikácie. Analyzovali sme reálne hmotnostné prírastky a porovnávali sme ich s odporúčanými hmotnostnými prírastkami. Z demografických ukazovateľov sme u respondentiek sledovali vek, rodinný stav, paritu, bydlisko. Hodnotili sme modifikujúce faktory: fajčenie, pohybová aktivita a zamestnanie. Empirické údaje boli spracované a vyhodnotené počítačovým štatistickým programom SPSS 18. Hypotézy sa štatisticky testovali a počítali sme Chí kvadrát test, kontingenčný koeficient Cramerovo V a Spaermannov koeficient poradovej korelácie.

Výsledky: U oboch kategórií (ženy s nadváhou a obezitou) sme zaznamenali nárast gestačnej telesnej hmotnosti o viac ako 50%. U žien s normálnym indexom telesnej hmotnosti sa zistili vyššie priemerné hmotnostné prírastky v porovnaní so ženami s nadváhou a obezitou. Priemerné hmotnostné prírastky nie sú závislé od hodnoty BMI pred tehotenstvom. Najväčšie rozdiely medzi odporúčanou a zvýšenou gestačnou telesnou hmotnosťou dosahovali tehotné ženy s obezitou (5 - 9 kg /9,1 kg a viac, v pomere 24,4 % : 64,4 %) a nadváhou (6,8 – 11, 4 kg/11,5 kg a viac, v pomere 31,6 % : 59,8 %). Zistili sme, že nezávisle od BMI, prvorodičky zvyšujú svoju gestačnú telesnú hmotnosť vo väčšej miere 40,6% (86 tehotných žien) oproti viacrodičkám 23,1% (56 tehotných žien). Prvorodičky s normálnym indexom telesnej hmotnosti dosahovali vyššiu gestačnú telesnú hmotnosť - Cramerovo V = 0,195 p< 0,001.

Tehotné ženy, ktoré dosahovali podľa BMI normálnu telesnú hmotnosť, v dôsledku zvýšenej gestačnej hmotnosti vykazovali vyššie riziko vzniku kardiovaskulárnych komplikácií v tehotenstve - Cramerovo V = 0,228, p < 0,001.

Záver: Tehotné ženy vo väčšej miere dosahujú vyššiu gestačnú telesnú hmotnosť a odporúčaný hmotnostný prírastok ako je odporúčané IOM. U tehotných žien, ktoré boli pred tehotenstvom obézne predstavuje rýchly hmotnostný prírastok vyššie riziko pre vznik komplikácií v tehotenstve.

Kľúčové slová

Tehotná žena – BMI – obezita – gestačná telesná hmotnosť – pohybová aktivita – výživa.

Abstract

Introduction: The aim of the study was to find out the proportion of pregnant women with obesity and excess weight and the impact of the BMI before the pregnancy on a body mass gain and gestational body mass during the pregnancy.

Methodology: In the analytical study, which was performed in June, July, August and September 2010, we observed and recorded determined variable quantities into structured sheets within a group of 801 women who had given birth to a child. A BMI factor before the pregnancy and a body mass gain during the pregnancy was observed in the study. The group was divided into four subgroups of women that we categorised based on BMI values according to the WHO classification. Real body mass gains were analysed and compared to the recommended body mass gains. Among demographic indicators we observed the age, marital status, parity and residence of our respondents. We evaluated modifying factors: smoking, physical activities and occupation. The obtained empiric data were processed and evaluated by the computer program SPSS 18. Hypothesis were statistically tested and the Chi square test, contingency coefficient Cramer's V and Spaermann's coefficient of ordinal correlation were calculated.

Results: We recorded an increase of gestational body mass of more than 50% in both categories (women with excess weight and obesity). Higher average body mass gains were recorded in the group of women with a normal BMI compared with the group of women with excess weight and obesity. Average body mass gains are not dependent on BMI value before the pregnancy. The biggest differences between recommended and increased gestational body mass were reached by pregnant women with obesity (5 - 9 kg /9.1 kg and more, 24.4 % : 64.4% in proportion) and excess weight (6.8 – 11.4 kg/11.5 kg and more, 31.6 % : 59.8 % in proportion). We found out that independently on BMI, primiparas increase their gestational body mass to a greater extent 40.6% (86 of pregnant women) compared with multiparas 23.1% (56 of pregnant women). Pimiparas with a normal body mass index reached higher gestational body mass –Cramer's V=0.195 p< 0.001.

Pregnant women, with normal body mass according to the BMI, as a consequence of increased gestational body mass reported higher risk of emerging cardiovascular complications at the pregnancy – Cramer's V=0.228, p < 0.001.

Conclusion: Pregnant women reach higher gestational body mass and recommended body mass gain to a greater extent than it is recommended by the IOM. A fast body mass gain represents higher risk of emerging complications at the pregnancy for pregnant women with obesity before their pregnancy.

Key words

Pregnant woman – BMI – obesity – gestational body mass – physical activity – nourishment.

Úvod

Manažment poskytovania efektívnej starostlivosti o tehotnú ženu s nadváhou a obezitou je podmienený indexom telesnej hmotnosti matky pred tehotenstvom, gestačnou telesnou

hmotnosťou a získaným hmotnostným prírastkom. Uvedené indikátory v najväčšej miere predurčujú pravdepodobnosť dosiahnutia dobrého alebo nepriaznivého výsledku v priebehu tehotenstva. Cieľom starostlivosti je vytvoriť program, ktorého obsah je zameraný na:

- poskytovanie objektívnych a pravdivých informácií o vplyve telesnej hmotnosti na priebeh tehotenstva,
- podporu self monitoringu a kontrolu výživy,
- podporu zvýšenia telesnej aktivity,
- posilnenie sociálnej podpory.

Výsledkom poskytovanej starostlivosti je zmiernenie negatívnych dopadov nadváhy a obezity, ktoré sa podieľajú na:

- zvyšujúcich sa nárokov na manažment prenatálnych služieb,
- náročnejšom monitoringu tehotnej ženy,
- zvýšení ekonomických nákladov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (Koning, Kuchenbecker, Groen, Hoek et al. 2010),
- zvýšenom riziku vzniku komplikácií u matky v priebehu tehotenstva, pôrodu a šestonedelia,
- zvýšenom riziku vzniku komplikácií u dieťaťa v prenatálnom a postnatálnom období (Kaaja, Laivuori, Laakso, Tikkanen, Ylikorkala 1999, Barker 2003, Cedergren 2004, CEMACH 2007, 2010, Kulie, Slattengren, Redmer et al. 2011).

Obezita pred tehotenstvom, ako nezávislý rizikový faktor a zvýšená gestačná telesná hmotnosť majú výrazné dopady na charakter poskytovanej zdravotníckej starostlivosti. Najväčšie riziko vzniku komplikácií v priebehu tehotenstva, determinuje vznik chronických ochorení u tehotnej ženy a dieťaťa v neskoršom veku (diabetes mellitus, metabolický syndróm, hypertenzia a iné). Starostlivosť poskytovaná tehotnej žene so zmenenou telesnou hmotnosťou si vyžaduje multidisciplinárny prístup a aplikáciu preventívnych intervencií v štruktúre celého komplexu systémov prostredia (Jaleel 2009, Rowlands, Graves, Jersey et al. 2010).

Na hodnotenie telesnej hmotnosti u tehotnej ženy sa používajú rôzne klasifikácie. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie a Institute of Medicine (IOM) sa telesná hmotnosť hodnotí na základe výpočtu body mass indexu (Quetelet's index, BMI). Obidve klasifikácie pri hodnotení BMI sa mierne odlišujú. Napriek tomu, že klasifikácie hodnotenia BMI sú rozdielne, využívajú sa obidva systémy a to v závislosti od krajiny.

Tabuľka 1. Klasifikácia hodnotenia BMI

WHO klasifikácia	IOM klasifikácia
Podvýživu - BMI < 18,5 kg/ m ²	BMI < 19.8 kg/m ²
Normálnu telesnú hmotnosť. - BMI od 18,5-24,9 kg/m ²	BMI 19.8 - 26 kg/m ²
Nadváhu - BMI od kg/ m ²	BMI 26.1 - 29 kg/m ²
Obezitu - BMI ≥ 30 kg/ m ²	BMI > 29 kg/m ²
Obezita I. stupňa BMI > 30,1 – 34,9 kg/ m ²	
kg/ m ²	
Obezita III. BMI ≥ 40 kg/ m ²	

(Zdroj: National Research Council and Institute of Medicine. Influence of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health. The National Academies Press. Washington, D.C. 2007. ISBN 10: 0-309-10406)

Niektoré krajiny používajú na stanovenie obezity hodnoty referenčného štandardu pre ideálnu telesnú hmotnosť (MLI - Metropolitan Life Insurance Company). Nadváha sa definuje ak má tehotná žena > 120 % ideálnej telesnej hmotnosti. Ak žena dosiahne > 130 % ideálnej telesnej hmotnosti, zaraďuje sa podľa klasifikačného hodnotenia do kategórie obezity. Hodnotu ideálnej telesnej hmotnosti vypočítame z hodnôt pozorovanej a očakávanej telesnej hmotnosti podľa uvedeného vzorca.

Tabuľka 2. Výpočet ideálnej (odporúčanej) telesnej hmotnosti

$\text{Percento z odporúčanej hmotnosti} = \frac{\text{pozorovaná telesná hmotnosť}}{\text{očakávaná, žiaduca telesná hmotnosť}} \times 100$ <p style="text-align: center;">vzhľadom k výške pacienta</p>

Klasifikačný systém MLI sa hodnotami stotožňuje viacej s klasifikačným systémom IOM.

V nasledujúcej tabuľke 3 je uvedená komparácia oboch klasifikácií.

Tabuľka 3. BMI komparácia materskej telesnej hmotnosti s MLI štandardom

BMI (pred tehotenstvom) komparácia materskej telesnej hmotnosti s MLI štandardom		
Telesná hmotnosť vzhľadom k výške	BMI	MLI % (1959)
Veľmi nízka	< 16,5 kg/m ²	< 80
Nízka	16,5 do 19,7 kg/m ²	od 80 do 90
Normálna	19,8 do 26,0 kg/m ²	od 91 do 120
Vysoká	>26,0 do 29,0 kg/m ²	od 121 do 135
Veľmi vysoká	>29,0 kg/m ²	>135

(Zdroj: Institute of Medicine (U.S.). Subcommittee on Nutritional Status and Weight Gain during Pregnancy, Institute of Medicine (U.S.). Subcommittee on Dietary Intake and Nutrient Supplements during Pregnancy. Nutrition during pregnancy: part I, weight gain : part II, nutrient supplements. National Academies Press, 1990. ISBN 9780309041386)

Na základe klasifikačných systémov hodnotenia indexu telesnej hmotnosti sa vytvorili štandardy, ktoré stanovili, koľko by mala tehotná žena získať v priebehu celej gravidity na hmotnosti a aký by mal byť optimálny hmotnostný prírastok. Dodržiavanie odporúčaných hodnôt vo vzťahu k telesnej hmotnosti u tehotnej ženy, znižuje riziko vzniku komplikácií v priebehu tehotenstva. V nasledujúcej tabuľke uvádzame odporúčané hodnoty pre celkovú gestačnú telesnú hmotnosť a pre tolerovaný hmotnostný prírastok vo vzťahu k trimestru.

Tabuľka 4. Odporúčaná gestačná telesná hmotnosť a hmotnostný prírastok podľa BMI pre tehotenstvom

BMI pred tehotenstvom (WHO klasifikácia)	Celková gestačná telesná hmotnosť	Trimester druhý Priemer/rozsah za týždeň	Trimester tretí Priemer/rozsah za týždeň
Podvýživa BMI < 18,5 kg/ m ²	12.7-18.2kg	0.45 (0.45-0.59)kg	1 (1-1.3)kg
Normálna hmotnosť BMI od 18,5 - 24,9 kg/m ²	11.4-15.9kg	0.45 (0.36-0.45)kg	1 (0.8-1)kg
Nadváha BMI od kg/ m ²	6.8 - 11.4kg	0.27 (0.23-0.32)kg	0.6 (0.5-0.7kg)
Obezita BMI ≥ 30 kg/ m ²	5 – 9 kg	0.23 (0.18-0.27)kg	0.5 (0.4-0.6)kg
Hmotnostný prírastok v prvom trimestri je 0.5 – 2kg			

(Zdroj: Siega-Riz et al. 1994; Abrams et al. 1995; Carmichael et al. 1997, Rees et al.2008, IOM 2009).

V priebehu tehotenstva sa u tehotnej ženy hodnotí index telesnej hmotnosti (BMI) a gestačná telesná hmotnosť (GWG). Dané indikátory sú vo vzájomnej interakcii a majú význam pre prognózovanie vývoja tehotenstva. Hodnoty gestačnej telesnej hmotnosti a hmotnostný prírastok je vypočítaný na základe klasifikácie BMI pred tehotenstvom a v závislosti od trimestra (gestačného týždňa tehotenstva).

Hmotnostný prírastok v priebehu tehotenstva sa odporúča pravidelne monitorovať a vyhodnocovať. U tehotnej ženy vypočítame týždenný hmotnostný prírastok podľa nasledujúceho vzorca, kde znamená označenie ht (posledné meranie telesnej hmotnosti), ht-1 (predchádzajúce meranie telesnej hmotnosti), GAt (posledný gestačný vek v týždňoch), GAt-1 (predchádzajúci gestačný vek v týždňoch).

Tabuľka 5. Výpočet pre týždenný hmotnostný prírastok

$\text{Hmotnostný prírastok} = \frac{ht - ht-1}{GAt - GAt - 1} = \text{kg}$

Gestačná telesná hmotnosť má vplyv nielen na fyziologické procesy a metabolizmus matky, ale má dopad na placentárny metabolizmus, rast a vývoj prenatálneho dieťaťa. Hmotnostný prírastok matky a BMI je silný prediktor pre výslednú pôrodnú hmotnosť dieťaťa (Panahandeh 2009). U matiek, ktorých gestačná telesná hmotnosť je vyššia ako 18 kg boli novorodenci častejšie hospitalizovaný na jednotke intenzívnej starostlivosti. Zistil sa vyšší výskyt hypoglykémie, polycytémie, častejšie vykonávanie intervencií pri udržiavaní ventilácie a problémy s dojčením (Li et al. 2003; Hilson, Rasmussen, Kjolhede 2006).

Obézny matkám sa vo väčšej miere rodia makrozomické deti (novorodenec s pôrodnou hmotnosťou viac ako 4000 gramov), novorodenci majú vyššie riziko nízkeho Apgar skóre, vzniku pôrodnej asfyxie a aspirácie mekónia. Pôrodná hmotnosť dieťaťa vyššia ako 4500 gramov predstavuje najsilnejší prediktor pre riziko výskytu plexus brachialis. Zvýšené BMI u matky a GWG korelovali s vyšším hromadením tuku u detí, čo z dlhodobého časového horizontu modeluje predispozíciu pre vznik diabetes mellitus 2, metabolického syndrómu a obezity u detí v neskoršom veku (Oken et al. 2008, Zafeiriou 2008, Panahandeh 2009, Addo 2010).

Riziká a komplikácie, ktoré vznikajú v dôsledku porúch telesnej hmotnosti majú vplyv na celý manažment poskytovanej starostlivosti. U žien s nadváhou a obezitou, ktoré sú v reprodukčnom období sa považuje regulácia telesnej hmotnosti za jednu z najdôležitejších úloh pre všetkých poskytovateľov v rámci predkoncepčnej a prenatálnej starostlivosti.

Metodológia

Pre skúmanie problému výskytu obezity v regióne Trnava a jej vplyvu na výsledok tehotenstva sme si zvolili retrospektívnu štúdiu. Štúdiu sme realizovali na základe schválenia projektu (Obezita –zdravotný problém v tehotenstve) mesta Trnava.

K realizácii retrospektívnej štúdie sme získali súhlas od etickej komisie zdravotníckeho zariadenia (fakultnej nemocnice). V analytickej retrospektívnej štúdie, ktorá prebiehala v mesiacoch jún, júl, august a september 2010, sme sledovali a zaznamenávali do štruktúrovaných hárkov vopred stanovené premenné. Medzi premenné, ktoré sme definovali a hodnotili sme zaradili:

- vek, výška, telesná hmotnosť ženy, pôrodná hmotnosť, BMI, hmotnostný prírastok, TK, oGTT,
- veková kategória, Apgar skóre, hodnotenie výskytu komplikácií, ukončenie pôrodu, hodnotenie výživy, hodnotenie pohybovej aktivity
- bydlisko, parita, stav, zamestnanie
- hospitalizácia v priebehu tehotenstva, hospitalizácia novorodenca na JIS, fajčenie

Údaje sme získali z preukazu pre tehotné a zdravotnej dokumentácie. Databázu pre údaje tvorilo 801 žien, ktoré porodili v priebehu štyroch mesiacov. Štyri respondentky nenavštevovali prenatalnú poradňu, preto boli vyradené zo súboru, pri hodnotení BMI a hmotnostného prírastku v tehotenstve (ďalšie indikátory sme použili pri spracovaní). V štúdie sme sledovali faktor pred tehotenského BMI a hmotnostný prírastok v tehotnosti. Posudzovali sme príčinný vzťah medzi rizikovými faktormi a komplikáciami, ktoré sa v priebehu tehotenstva a pri pôrode vyskytli. Sledovali sme telesnú hmotnosť žien pred tehotenstvom, výšku a na základe uvedených parametrov sme vypočítali BMI. Podľa WHO klasifikácie sme vytvorili štyri podsúbory žien, ktoré sme zatriedili na základe hodnôt BMI. Prvý súbor tvorili ženy s podváhou BMI < 18,5 kg/m², v druhom súbore boli ženy s normálnou telesnou hmotnosťou BMI 18,5 – 24,9 kg/m², tretí súbor bol vytvorený zo žien s nadváhou BMI 25 – 29,9 kg/m² a posledný štvrtý súbor bol zastúpený ženami s obezitou BMI >30 kg/m². Vo všetkých súboroch sme zaznamenávali a hodnotili hmotnostný prírastok v závislosti od trimestra. Analyzovali sme reálne hmotnostné prírastky a porovnávali sme ich s odporúčanými hmotnostnými prírastkami podľa WHO klasifikácie. Z demografických ukazovateľov sme u respondentiek venovali pozornosť veku, rodinnému stavu, parite, bydlisku. Hodnotili sme modifikujúce faktory ako sú: fajčenie, pohybová aktivita a zamestnanie. Zozbierané údaje zo záznamových hárkov a vyplnených dotazníkov boli spracované a vyhodnotené prostredníctvom počítačového štatistického programu SPSS 18. Hypotézy sa štatisticky testovali a počítali sme Chí kvadrát test, kontingenčný koeficient Cramerovo V a Spaermannov koeficient poradovej korelácie.

Výsledky

V sledovanom súbore bolo najviac zastúpených prvorodičiek 394 (49,2%). Viac ako 1/3 bolo v sledovanom súbore druhorodičiek 301 (37,6%). Viacrodičiek bolo 106 (13,2%). Po rekódovaní súboru na prvorodičky a viacrodičky, boli podsúbory takmer rovnako zastúpené.

Najpočetnejšiu skupinu v počte 296 (37,0%) tvorila veková kategória od 25 do 29 rokov. Najmenší počet 106 (13,2%) respondentiek bol vo vekovej kategórii 35 rokov a viac. Bydlisko na dedine uviedlo 416 (51,9%) tehotných žien a v meste 385 (48,1%) respondentiek. Podľa zamestnania sme zisťovali na základe zdravotnej dokumentácie, do akej miery tehotné ženy v práci sedia, chodia alebo stoja. Prevažná väčšina žien zo súboru 514 (64,2%), uviedla,

že v zamestnaní viacej sedí. Takmer o polovicu menej tehotné ženy uviedli, že v zamestnaní v prevažnej miere chodia 227 (28,3%) a len 60 tehotných žien uviedlo, že v zamestnaní viacej stoja. Najviac bolo v súbore zastúpených vydatých žien v počte 607 (75,8%). V sledovanom súbore len u 51(6,4%) tehotných žien sme zistili, že v priebehu tehotenstva fajčilo. U jednej respondentky nebol evidovaný údaj. Tehotné ženy v prevažnej miere 669 (83,5%) v priebehu tehotenstva neboli hospitalizované, jedenkrát bolo hospitalizovaných 120 (15,0%) tehotných žien, opakovane bolo hospitalizovaných len 12 (1,5%) tehotných žien. Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 2,69 dňa.

Pri hodnotení a posudzovaní miery rizika vzniku komplikácií je významným ukazovateľom nie len BMI pred tehotenstvom, ale aj gestačná telesná hmotnosť, ktorú tehotná v priebehu celej gravidity získa a hmotnostný prírastok získaný počas troch trimestrov. V nasledujúcej tabuľke uvádzame aký dosiahli priemerný hmotnostný prírastok tehotné ženy v sledovanom súbore.

Tabuľka 6. Priemerný hmotnostný prírastok u tehotných žien podľa klasifikácie BMI pred tehotenstvom (reptrospektívny súbor n = 797)

Priemerný hmotnostný prírastok tehotných žien v jednotlivých trimestroch tehotenstva			
BMI pred tehotenstvom	I.trimester	II.trimester	III.trimester
BMI < 18,5 kg/m ²	1,160kg	7,470 kg	4,880 kg
BMI 18,5 – 24,9 kg/m ²	1,170kg	7,250 kg	5,070 kg
BMI 25 – 29,9 kg/m ²	1,250kg	6,830 kg	5,060 kg
BMI > 30 kg/m ²	1,270kg	6,530 kg	4,540 kg

Hodnoty hmotnostného prírastku sme zisťovali a zaznamenávali podľa gestačného týždňa tehotenstva (trimestra) z preukazu pre tehotné ženy. Podľa zaznamenaných údajov sme vypočítali priemerný hmotnostný prírastok vo vzťahu k BMI. V prvom trimestri sme zistili, že najväčší priemerný hmotnostný prírastok bol u obéznych tehotných žien 1,270 kg. Ženy s nadváhou vykazovali priemerný hmotnostný prírastok 1,250 kg. Najmenší priemerný hmotnostný prírastok sa zistil u žien s nízkou telesnou hmotnosťou 1,160 kg a u žien s normálnou telesnou hmotnosťou bol 1,170 kg. Priemerné hmotnostné prírastky boli rozdielne v závislosti od BMI a trimestra. Obézne tehotné ženy vykazovali najväčší priemerný hmotnostný prírastok (1,270 kg) v I. trimestri naproti tomu v II. trimestri (6,530 kg) a v III. trimestri (4,540 kg) vykazovali najmenší priemerný hmotnostný prírastok v porovnaní s inými kategóriami. U žien s nadváhou sme zistili, že v II. trimestri mali druhý v poradí najmenší priemerný hmotnostný prírastok (6,830 kg). Avšak v III. trimestri, ako druhý najmenší priemerný hmotnostný prírastok (4,880 kg) vykazovali ženy s nízkou telesnou hmotnosťou. Naproti tomu u žien s normálnou telesnou hmotnosťou sa dokázali vyššie priemerné hmotnostné prírastky ako u žien s nadváhou a obezitou. Priemerné hmotnostné prírastky nie sú závislé od hodnôt BMI pred tehotenstvom.

Pre výsledok tehotenstva a predikciu rizík vo vzťahu k hmotnostnému prírastku je dôležité hodnotiť nielen priemerný hmotnostný prírastok, ale potrebné je posudzovať a hodnotiť o koľko sa hmotnostný prírastok odlišuje od odporúčaného hmotnostného prírastku. Rozdiely sme vypočítali vo vzťahu k jednotlivým podsúborom, kategorizovaných podľa hodnôt BMI. Výsledky uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 7. Rozdiel medzi odporúčaným a zisteným hmotnostným prírastkom u tehotných žien v II. a III. trimestri (reprospektívny súbor n=797)

BMI pred tehotenstvom	Hmotnostný prírastok tehotných žien za týždeň v II. a III. trimestri				
	II.trimester			III.trimester	
	Odporúčaný priemerný hmotnostný prírastok (gramov /týždeň)	Zistený hmotnostný prírastok (gramov /týždeň)	Percentuálne body	Zistený hmotnostný prírastok (gramov /týždeň)	Percentuálne body
BMI 18,5 – 24,9 kg/m ²	450 gr.	557 gr.	23,7%	390 gr.	-13,3%
BMI 25 – 29,9 kg/m ²	270 gr.	525 gr.	94,4%	389 gr.	44%
BMI >30 kg/m ²	230 gr.	502 gr.	118%	349 gr.	51%

Z výsledkov vyplýva, že v II. trimestri ženy s nadváhou získali za týždeň hmotnostný prírastok takmer o dvojnásobok (525 g) vyšší, ako je odporúčaný priemerný hmotnostný prírastok (270 g) a ženy s obezitou presahovali týždenný hmotnostný prírastok o viac ako dvojnásobok (502 g), ako je odporúčaný priemerný hmotnostný prírastok (230 g) v druhom trimestri

V treťom trimestri ženy s nadváhou presahovali odporúčaný priemerný hmotnostný prírastok (270 g) takmer o polovicu (389 g) a ženy s obezitou presahovali odporúčaný priemerný hmotnostný prírastok (230 g) o viac ako polovicu (349 g).

U žien s normálnou hmotnosťou v druhom trimestri presahoval odporúčaný priemerný hmotnostný prírastok takmer $\frac{1}{4}$ a v treťom trimestri nedosiahol ani odporúčaný priemer, avšak hmotnostný prírastok bol v rozpätí odporúčaných hodnôt (od 360-450g). Z výsledkov sme zistili, že ženy s nadváhou a obezitou majú väčšie rozdiely v hmotnostných prírastkoch v priebehu tehotnosti.

Tabuľka 8. Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s obezitou (reprospektívny podsúbor n=45)

Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s obezitou	abs.	%
Do 5 kg	5	11,1
5 – 9 kg (odporúčanie)	11	24,4
9,1 kg a viac	29	64,4
Spolu	45	100,0

V sledovanom retrospektívnom súbore v podsúboroch počítali a hodnotili gestačnú telesnú hmotnosť. U tehotných žien s obezitou sme zistili, že odporúčanú gestačnú telesnú hmotnosť dosiahlo 11 (24%) tehotných žien. Viac ako polovica, 64,4% (29) tehotných žien získalo v priebehu tehotenstva väčšiu gestačnú telesnú hmotnosť ako je odporúčaná. Len 5 (11,1%) tehotných žien, nedosiahlo ani odporúčanú gestačnú telesnú hmotnosť. U tehotných žien, ktoré mali väčšie BMI (obezitu) bolo aj viac žien, ktoré získali v priebehu tehotenstva väčšiu gestačnú telesnú hmotnosť.

Tabuľka 9. Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s nadváhou (reprospektívny podsúbor n = 117)

Gestačná hmotnosť u tehotných žien s nadváhou	abs.	%
Do 6,7 kg	10	8,5
6,8 – 11,4 kg (odporúčanie)	37	31,6
11,5 a viac kg	70	59,8
Spolu	117	100,0

V podsúbore tehotných žien s nadváhou sme hodnotili akú dosiahli gestačnú telesnú hmotnosť a porovnávali sme ju s odporúčanou telesnou hmotnosťou. Odporúčanú gestačnú telesnú hmotnosť dosiahlo 31,6% (37) tehotných žien. Len 10 (8,5%) tehotných žien nedosiahlo ani odporúčanú telesnú hmotnosť a viac ako polovica 70 (59,8%) tehotných žien získalo gestačnú telesnú hmotnosť väčšiu ako je odporúčané. U oboch kategórií sme zaznamenali nárast gestačnej telesnej hmotnosti o viac ako 50%.

Tabuľka 10. Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s normálnou telesnou hmotnosťou (reprospektívny podsúbor n = 454)

Gestačná hmotnosť u tehotných žien s normálnou telesnou hmotnosťou	abs.	%
Do 11,3 kg	151	33,3
11,4 – 15,9 kg (odporúčanie)	161	35,5
16 a viac kg	142	31,3
Spolu	454	100,0

U tehotných žien s normálnou telesnou hmotnosťou boli všetky tri rozpätia získanej gestačnej telesnej hmotnosti približne rovnako zastúpené. S najmenšou odporúčanou gestačnou hmotnosťou bolo 33,3% (151) tehotných žien a s najväčšou odporúčanou gestačnou telesnou hmotnosťou bolo 31,3% (142) tehotných žien. Optimálnu gestačnú telesnú hmotnosť dosiahlo 35,5% (161) tehotných žien. Nárast gestačnej telesnej hmotnosti je zaznamenaný aj u tehotných žien, ktoré boli podľa hodnôt BMI posudzované ako ženy s normálnou telesnou hmotnosťou.

Tabuľka 11. Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s podvýživou (reprospektívny súbor n = 181)

Gestačná hmotnosť u tehotnej ženy	abs.	%
Do 12,6 kg	72	39,8
12,7 – 18,2 kg (odporúčanie)	90	49,7
18,3 a viac	19	10,5
Spolu	181	100,0

V podsúbore tehotných žien s podvýživou z počtu 181 sme zaznamenali najmenší počet žien 19 (10,5 %), ktoré zvýšili gestačnú telesnú hmotnosť viac, ako je odporúčaná. Naopak pomerne vysoký počet žien 72 (39,8%) nedosiahlo ani odporúčanú telesnú hmotnosť napriek tomu, že ich telesná hmotnosť bola hodnotená ako podvýživa. Takmer polovica 90 (49,7%) tehotných žien dosiahla optimálnu gestačnú telesnú hmotnosť.

Pri hodnotení gestačnej telesnej hmotnosti vo všetkých štyroch podsúborov sme zistili, že na výslednú hodnotu gestačnej telesnej hmotnosti má vplyv aj BMI pred tehotenstvom. Najväčšie rozdiely medzi odporúčanou a zvýšenou gestačnou telesnou hmotnosťou dosahovali tehotné ženy s obezitou (5 - 9 kg /9,1 kg a viac, pomer 24,4%:64,4%) a nadváhou (6,8 – 11, 4 kg/11,5 kg a viac, pomer 31,6%:59,8%).

V sledovanom súbore sme zaznamenávali údaje o materských demografických údajov a analyzovali sme do akej miery majú vzťah ku gestačnej telesnej hmotnosti, BMI hmotnostnému prírastku. Hodnotili sme vek, paritu, rodinný stav, zamestnanie, bydlisko, vzdelanie. Sledovali sme všetky štyri podskupiny tehotných žien. V nasledujúcej tabuľke uvádzame v akej miere je vzťah medzi paritou a gestačnou telesnou hmotnosťou. Zistili sme, že prvoroďičky zvyšujú svoju gestačnú telesnú hmotnosť viac, ako 40,6% (86 tehotných žien) oproti viacroďičkám 23,1% (56 tehotných žien). Na zvýšenie gestačnej telesnej hmotnosti nemalo vplyv BMI pred tehotenstvom. Naopak štatisticky významné výsledky sme dokázali u tehotných žien, ktoré mali normálne hodnoty BMI pred tehotenstvom, Cramerovo $V = 0,195$ $p < 0,001$.

Tabuľka 12. Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s normálnym BMI pred tehotenstvom vo vzťahu k parite (retrospektívny súbor n = 454)

Parita		Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s normálnym BMI pred tehotenstvom			Spolu
		Do 11,3	11,4-15,9	16 a viac	
Prvorodičky	Abs.	56	70	86	212
	%	26,4	33,0	40,6	100,0
Viacrodičky	Abs.	95	91	56	242
	%	39,3	37,6	23,1	100,0
Spolu	Abs.	151	161	142	454
	%	33,9	35,5	31,3	100,0

V retrospektívnom súbore sme u tehotných žien s normálnou telesnou hmotnosťou (n = 454) sledovali, aký vplyv má zvýšenie gestačnej telesnej hmotnosti na riziko výskytu kardiovaskulárnych komplikácií v tehotenstve.

Tabuľka 13. Gestačná telesná hmotnosť vo vzťahu ku kardiovaskulárnym komplikáciám v tehotenstve (retrospektívny súbor n = 454)

Kardiovaskulárne komplikácie v tehotenstve		Gestačná telesná hmotnosť u tehotných žien s normálnym BMI pred tehotenstvom			Spolu
		Do 11,3	11,4-15,9	16 a viac	
Áno	Abs.	14	15	38	67
	%	20,9	22,4	56,7	100,0
Nie	Abs.	137	146	104	387
	%	35,4	37,7	26,9	100,0
Spolu	Abs.	151	161	142	454
	%	33,3	35,5	31,3	100,0

Kardiovaskulárne komplikácie sa vo zvýšenej miere vyskytli u tých tehotných žien, ktoré získali gestačnú telesnú hmotnosť väčšiu ako 16 kg. Väčšiu gestačnú telesnú hmotnosť ako je odporúčaná, malo 56,7% (38) tehotných žien s BMI 18,5 – 24,9 kg/m². Zistili sme, že u tehotných žien, ktoré mali podľa hodnôt BMI normálnu telesnú hmotnosť pred tehotenstvom, ale v priebehu tehotenstva získali vyššiu gestačnú hmotnosť ako je odporúčané, sa zvýšilo riziko vzniku kardiovaskulárnych komplikácií v tehotenstve. Pre uvedený vzťah sme dokázali štatisticky významný výsledok Cramerovo V = 0,228, p < 0,001.

Z demografických ukazovateľov, ktoré sme sledovali, konštatujeme, že vek v našom súbore je faktor, ktorý má vzťah k BMI pred tehotenstvom. BMI > 30 kg/m², sa vyskytovalo vo väčšej miere u žien z vyššej vekovej skupiny. BMI > 30 kg/m² bolo stanovené u tehotných žien vo veku od 17 - 24 rokov v 6,3%, vo veku od 25 - 29 rokov v 2,7%, vo veku od 30 – 34 rokov v 7,1% a vo veku od 35 – 44 rokov v 9,4% . Vyššie BMI (obezita) sme zistili viacej u tehotných žien, ktoré uvádzali vyšší vek. Vo vekovej kategórii od 30 rokov boli tehotné ženy s BMI > 30 kg/m² v 16,5% oproti vekovej kategórii do 30 rokov, kde BMI > 30 kg/m² malo 9% tehotných žien. Výsledky boli štatisticky významné Spearmannovo rho = 0,112 p < 0,01.

Pri hodnotení nadváhy vekové kategórie boli pomerne rovnomerne zastúpené, Vo veku od 17 až 24 rokov sa nachádzalo 12,5% tehotných žien v nadváhe, vo veku od 25 - 29 rokov, percento tehotných žien s nadváhou začalo mierne stúpať na 15,0%. Podobné percentá sa udržiavajú aj vo vekovej kategórii od 30 – 34 rokov (15,2%) a od 35 – 44 rokov (15,1%). Výraznejší rozdiel je pri hodnotení podvýživy, kde tehotné ženy v mladšom veku sa podieľajú viacej na dosahovaní BMI <18,5 kg/m² pred tehotenstvom (od 17 - 24 rokov / 28,9%) ako staršie tehotné ženy (od 35 – 44 rokov / 17,9%). Údaje uvádzame v tabuľke.

Tabuľka 14. Vek tehotných žien vo vzťahu k BMI pred tehotenstvom

Vek		BMI pred tehotenstvom				Spolu
		<18,5 kg/m ²	18,5 – 24,9 kg/m ²	25 – 29,9 kg/m ²	> 30 kg/m ²	
Od 17 - 24 rokov	Abs.	37	67	16	8	128
	%	28,9	52,3	12,5	6,3	100,0
Od 25 - 29 rokov	Abs.	79	163	44	8	294
	%	26,9	55,4	15,0	2,7	100,0
Od 30 – 34 rokov	Abs.	46	163	41	19	269
	%	17,1	60,6	15,2	7,1	100,0
Od 35 – 44 rokov	Abs.	19	61	16	10	106
	%	17,9	57,5	15,1	9,4	100,0
Spolu	Abs.	181	454	117	45	797
	%	22,7	57,5	14,7	5,6	100,0

Diskusia

Cieľom štúdie bolo zistiť do akej miery BMI má vplyv na hmotnostný prírastok a gestačnú telesnú hmotnosť. Vaeth (2008) uvádza vo svojej štúdií, že 23% matiek získalo menej ako 6,8 kg gestačnej telesnej hmotnosti, 31% získalo od 6,8 – 11,3 kg a 46% získalo viacej ako 11,3 kg gestačnej telesnej hmotnosti. V našom súbore odporúčanú gestačnú telesnú hmotnosť od 6,8 – 11,4 kg dosiahlo 31,6% tehotných žien s nadváhou, 11,5 a viac kg dosiahlo 59,8%

tehotných žien a menej ako je odporúčané do 6,7 kg dosiahlo len 8,5% tehotných žien s nadváhou. Ženy, ktoré získali viacej telesnej hmotnosti, ako je odporúčané, mali vyššiu pravdepodobnosť výskytu preeklampsie, cisárskeho rezu. Obézne tehotné ženy majú väčšiu pravdepodobnosť, že riziko komplikácií v tehotenstve bude menšie, ak ich gestačná telesná hmotnosť bude nižšia ako je odporúčané (Baker 2003, Olsen 2008, Nohr, Vaeth et al. 2008, Rasmussen 2009)

Gestačná telesná hmotnosť má význam aj pre BMI po pôrode. Vyššia gestačná telesná hmotnosť predisponuje ženu, že sa po pôrode podľa BMI dostane vo vyššej kategórii ako bola pred tehotenstvom. Tehotné ženy, ktoré získali viac ako 10 kg gestačnej telesnej hmotnosti v priebehu tehotenstva sa preklasifikovali v 24% z kategórie podvýživy do kategórie normálnej telesnej hmotnosti, 25% žien s nadváhou sa preskúpilo do kategórie obezity a 33% obéznych žien do kategórie morbidnej obezity. V výskumu vyplýva, že vyššia gestačná telesná hmotnosť má vplyv u žien na kategóriu BMI po pôrode. Tehotné ženy, ktoré získali viac ako 20 kg gestačnej telesnej hmotnosti v priebehu tehotenstva, si vo väčšej miere, po pôrode udržali vyššiu telesnú hmotnosť ≥ 5 kg. Podváhu, nadváhu a obezitu ovplyvňujú aj demografické ukazovatele ako je parita, vek, socioekonomický status, alkohol, fajčenie, vzrast. Ženy s nízkou gestačnou telesnou hmotnosťou sú častejšie viacrodičky, malého vzrastu, častejšie fajčili a požívali alkohol. Vykazujú kratšiu dobu pre dojčenie. Obézne ženy vykazovali najmenší priemerný hmotnostný prírastok 10,5 kg. V porovnaní s našim súborom, kde sme sledovali priemerné hmotnostné prírastky v jednotlivých trimestroch, sme zistili, že najmenší priemerný prírastok mali v II. a III. trimestri obézne tehotné ženy. Tehotné ženy získali pomerne veľkú gestačnú telesnú hmotnosť, nezávisle od BMI pred tehotenstvom. BMI a gestačná telesná hmotnosť predstavujú významné markery pre tehotenstvo, matku a dieťa ako aj pre poskytovanú starostlivosť a náklady na zdravotnú starostlivosť. Oba indikátory sú veľmi úzko späté s faktormi životného štýlu, preto je zložité hľadať optimálne riešenie pre udržanie BMI a gestačnej telesnej hmotnosti. S nízkym hmotnostným prírastkom sa spájajú komplikácie nízkej pôrodnej hmotnosti u dieťaťa a predčasný pôrod a naopak u vysokého hmotnostného prírastku hrozí vyššie riziko makrozómie, cisárskych rezov, vyššej popôrodnej telesnej hmotnosti (Carlson 2007).

Z výsledkov vyplýva, že tehotné ženy nedodržiavajú odporúčanú gestačnú telesnú hmotnosť a odporúčaný hmotnostný prírastok podľa IOM odporúčaní. Keďže sa na gestačnej hmotnosti podieľajú komponenty tehotenstva, je potrebné sledovať hmotnostný prírastok medzi prvou a druhou prenatalnou kontrolou. U tehotných žien, ktoré boli pred tehotenstvom obézne predstavuje rýchly hmotnostný prírastok vyššie riziko pre vznik komplikácií v tehotenstve.

Záver

Starostlivosť o tehotné ženy si vyžaduje prehodnotenie praktík, ktoré sa v rámci intervencií využívajú. Efektívne poskytovanie starostlivosti má za úlohu znižovať riziká a zvyšovať bezpečnosť pri dosahovaní materskej role. Problémom zostáva identifikácia faktorov v komplexe systému, v ktorom žena vo fertilnom veku a tehotná žena žije. Rizikové faktory sa interpretujú vo všeobecnosti a neprikladá sa im význam hrozby pre matku a dieťa. Úlohou ošetrovateľskej praxe je modifikovať poskytovanie starostlivosti o ženy a tehotné ženy s nadváhou a obezitou. V rámci primárnej prevencie zabezpečiť starostlivosť o ženy vo

fetilnom veku, s cieľom optimalizovať ich telesnú hmotnosť. Redukovať rutinné prístupy pri sledovaní telesnej hmotnosti pred tehotenstvom a u tehotnej ženy. Dôležité je posudzovať rizikové faktory systémovým prístupom. Je potrebné poskytovať tehotným ženám nielen informácie a formálnu edukáciu o telesnej hmotnosti a dôsledkoch, ale pravidelne kontrolovať dosiahnuté výsledky v oblasti gestačnej hmotnosti, hmotnostného prírastku v tehotenstve v súčinnosti s výživou a pohybovou aktivitou.

Zoznam literatúry

- [1] Addo, V. N. 2010. *Body Mass Index, Weight Gain during Pregnancy and Obstetric Outcomes*. Ghana Med J., 2010. Vol. 44, No.2, 64–69. p. Databáza PubMed. PMID: PMC2994149.
- [2] Barker, D.J.P. 2003. *The developmental origins of adult disease*. Eur J Epidemiol 2003; [on line]. 18:733-736. [cit. 2011-03-11]. Databasa PubMed.
- [3] Carson, S. A. 2007. *Determining Ideal Gestational Weight Gain: Prepregnancy BMI Matters*. Journal Watch Women's Health, 2007. Vol. 29.
- [4] Cedergren, M.L. 2004. *Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome*. Obstet Gynecol, 2004, [on line]. 2004. [cit. 2011-03-11]. Databasa PubMed.
- [5] CEMACH release: 2007. *Saving Mothers' Lives - findings on the causes of maternal deaths and the care of pregnant women*[on line]. 2007. [cit. 2011-05-11] Dostupné na: <<http://www.rcog.org.uk/news/cemach-release-saving-mothers-lives-findings-causes-maternal-deaths-and-care-pregnant-women>>
- [6] Hilson, J.H. - Rasmussen, K.A. - Kjolhede, Ch.J. 2006. *Excessive Weight Gain during Pregnancy Is Associated with Earlier Termination of Breast-Feeding among White Women*. [American Society for Nutrition](#) J. Nutr, 2006. Vol.136, No.1. 140-146 p. ISSN 1541- 6100. ICM 2010 *Midwifery2020 Programme Core Role of the Midwife* Workstream. [on line]. 2010. [cit. 2011-04-10] Dostupné na: http://www.midwifery2020.org/documents/2020/Core_Role.pdf
- [7] Institute of Medicine. 2009. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. National Academy Press, Washington, D.C., 2009.
- [8] Jaleel, R. 2009. *Impact Of Maternal Obesity On Pregnancy Outcome*. Journal of Surgery Pakistan (International), 2009. Vol. 14, No.1, [on line]. 2009. [cit. 2011-04-10]. Dostupné na: <<http://jsp.org.pk/Issues/JSP%2014-1%20Jan%20-%20March%202009/Riffat%20Jalil.pdf>>
- [9] Kaaja, R. – Laivuori, H. – Laakso, M. – Tikkanen, M.J. – Ylikorkala, O. 1999. *Evidence of a state of increased insulin resistance in preeclampsia*. *Metabolism*, 1999. Vol. 48, No.7. 892-896.p. ISSN 0026-0495.
- [10] [Koning, A.M.](#) – [Kuchenbecker, W.K.](#) – [Groen, H.](#) – [Hoek, A.](#) – [Land, J.A.](#) – [Khan, K.S.](#) – [Mol, B.W.](#) 2010. *Economic consequences of overweight and obesity in infertility: a framework for evaluating the costs and outcomes of fertility care*. [Hum Reprod Update](#). 2010, [on line]. May-Jun;16(3):246-54. .[cit. 2011-03-11]. Databasa PubMed.

- [11] Kulie, T. – Slattengren, A. – Redmer, J. a kol. 2011. *Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review*. J Am Board Fam Med, 2011. Vol. 24 No. 1, 75 – 85 p. ISSN: 1557-2625.
- [12] Li, R. -.Jewell, S. - Grummer-Strawn, L. 2003.*Maternal obesity and breast-feeding practices*. Am J Clin Nutr, **2003**. Vol. 77, No. 4, **931-936**. p. ISSN1938- 3207.
- [13] Nohr, E.A. – Vaeth, M. – Baker, J.L. – Sørensen, T.I.A. - Olsen, J. - Rasmussen, K. M. 2008. *American Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy*. Journal of Clinical Nutrition, Vol. 87, No. 6, p.1750-1759. ISSN 19383207.
- [14] [Oken, E et al. 2008. *Maternal smoking during pregnancy and child overweight: 2systematic review and meta-analysis*. International Journal of Obesity, Vol.32, 201.-210.p. ISSN: 0307-0565.](#)
- [15] Olson, C.M. – Strawderman, M.S. 2008. *The relationship between food insecurity and obesity in rural childbearing women*. Journal of Rural Health, 2008.
- [16] Panahandeh, G. 2009. *Gestational Weight Gain and Fetal Birth Weight in Rural Regions of Rasht/Iran*. Iran J PediatrMar, 2009. Vol. 19, No. 1, 18-24 p. eISSN: 2008-2150.
- [17] Rasmussen, K.M. – Yaktine, A.L. 2009. [Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines](#). National Research Council,[on line]. 2009. [Citované, 2011-04-10]. Dostupné na: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12584 >
- [18] Rowlands, I. – Graves, N. - de Jersey, S. – McIntyre, H.D. – Callaway, L. 2010. [Obesity in pregnancy: outcomes and economics](#)Semin Fetal Neonatal Med., 2010. Vol. 15, No.2, p. 94-9.
- [19] Zafeiriou, D.I. – Psychogiou, K. 2008. *Obstetrical Brachial Plexus Palsy* Pediatric Neurology Vol. 38, No. 4, p. 235-242.

VYUŽITÍ ONLINE TECHNOLOGIE VE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER

Helena Michálková¹, Lenka Šedová¹, Veronika Benešová²

Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

¹Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, ² Katedra sociální práce

Abstrakt

Všeobecné sestry tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví (NCONZO, 2011). Všichni tito pracovníci mají dvě možnosti výkonu profese, která je dána zákonem č. 96/2004, buď pracují pod odborným dohledem nebo samostatně bez odborného dohledu. Aby pracovníci získali osvědčení k výkonu profese bez odborného dohledu, musí doložit absolvování vzdělávacích akcí. Pro obnovení osvědčení potřebuje každý pracovník 40 kreditů za vzdělávací akce, které jsou určeny pro jeho profesy. Sestry jsou největší skupinou osob poskytující zdravotnickou péči. Profese všeobecné sestry je fyzicky i psychicky velmi náročná. Skloubení profesionální role s rolí matky a manželky je velmi náročné. Sestry musejí profesní a soukromé povinnosti skloubit s celoživotním vzděláváním. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestrám na povinnosti celoživotního vzdělání vadí především finanční zatížení a nedostatek volného času (Bubníková, Zdrubecká, Víšková, 2007, s. 19). Dalším výrazným problémem je lokální dostupnost vzdělávacích akcí. Těmto problémům lze čelit online vzděláváním učené pro nelékařské pracovníky ve zdravotnictví. Online přednášky jsou dostupné po celé ČR, bez nutnosti cestovat. Ve virtuální učebně vidí posluchač přednášejícího a může s ním komunikovat online. Přednášející reaguje na posluchače stejně jako při frontální výuce. Virtuální učebna obsahuje mnoho interaktivních prvků a přednášející podpoří svou prezentaci audiovizuálními prvky a může zapojit studenty přímo do výuky. Při zpětném hodnocení online přednášek studenti označili tuto formu za inspirativní, vyjádřili spokojenost nad tímto typem výuky a mají zájem pokračovat ve vzdělávání ve virtuálním prostředí.

Klíčová slova

Sestra; vzdělávání; online technologie.

APPLICATION OF THE ON-LINE TECHNOLOGY IN TRAINING OF NURSES

Abstract

General nurses represent the largest group of workers in health care. They have two options of carrying out their profession which is given by the law No. 96/2004. They either work under specialist supervision or unsupervised. In order to obtain the license for unsupervised work, they have to submit a proof of having passed educational activities. For the license renewal every nurse need 40 credits from educational activities pertaining their specialization. The work of general nurse is both physically and mentally demanding. Combining the roles of a professional worker and mother and wife is exceptionally difficult. Nurses have to integrate their professional and private duties with the post-graduate training program. Research

findings have shown that the main obstacles to the post-graduate training perceived by the nurses are the financial demands and lack of time. Another significant problem is the local accessibility of the training activities. These obstacles can be removed by the implementation of on-line live lectures for nurses. On-line lectures are accessible all over the Czech Republic eliminating the need to commute. In a virtual classroom the student can see the teacher and is able to communicate with him or her on-line. The lecturer can respond to the students the same way as in classic teaching. The virtual classroom contains many interactive elements and the lecturer may support their presentation by audio-visual features and can engage the students in the learning process. In the retrospective evaluation of the on-line lectures, the students acknowledged this form of study as inspirational, they expressed their satisfaction and they are interested in continuing their learning through the virtual environment.

Key words

Nurse; education; online technology.

Úvod

Tento článek zpracovává problematiku registrace nelékařských zdravotnických pracovníků, jako systému dokládání celoživotního vzdělávání. Moderní doba si žádá zvýšené nároky ve všech oborech a ve zdravotnictví obzvláště. Aby bylo zajištěno poskytování kvalitní ošetrovatelské péče kompetentními pracovníky, bylo nutné nastavit podmínky k oprávnění vykonávat zdravotnické povolání samostatně bez odborného dohledu. A tyto podmínky vymezuje registrační systém, který je určený zákonem.

Východiska řešení problematiky

Nelékařští zdravotničtí pracovníci tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví. Všichni tito pracovníci mají dvě možnosti výkonu profese, která je dána zákonem č. 96/2004, buď pracují pod odborným dohledem nebo samostatně bez odborného dohledu. Aby pracovníci získali osvědčení k výkonu profese bez odborného dohledu, musí doložit absolvování vzdělávacích akcí. Pro obnovení osvědčení potřebuje každý pracovník 40 kreditů za vzdělávací akce, které jsou určeny pro jeho profesi. Sestry jsou největší skupinou osob poskytující zdravotnickou péči. Profese všeobecné sestry je fyzicky i psychicky velmi náročná. Skloubení profesionální role s rolí matky a manželky je velmi náročné. Sestry musejí profesní a soukromé povinnosti skloubit s celoživotním vzděláváním. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestrám na povinnosti celoživotního vzdělání vadí především finanční zatížení a nedostatek volného času. Dalším výrazným problémem je lokální dostupnost vzdělávacích akcí (Bubníková, Zdrubecká, Víšková, 2008, s. 84).

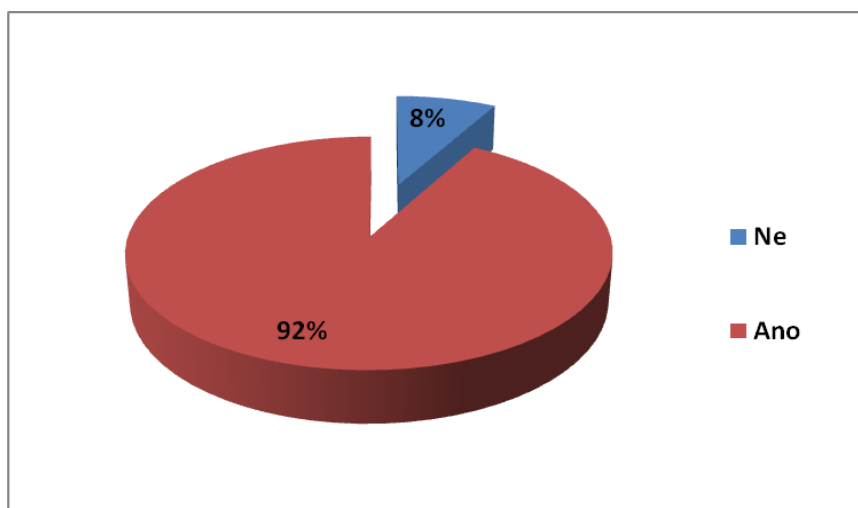
Návrh řešení

Těmto problémům lze čelit online vzděláváním učené pro nelékařské pracovníky ve zdravotnictví. Online přednášky jsou dostupné po celé ČR, bez nutnosti cestovat. Ve virtuální učebně vidí posluchač přednášejícího a může s ním komunikovat online. Přednášející reaguje na posluchače stejně jako při frontální výuce. Virtuální učebna obsahuje mnoho interaktivních

prvků a přednášející podpoří svou prezentaci audiovizuálními prvky a může zapojit studenty přímo do výuky. Přednášky online jsou realizovány ve virtuálním certifikovaném prostředí.

Pilotní šetření

Bylo provedeno pilotní dotazníkové šetření, na které reflektovalo 184 respondentů. 24 % respondentů uvedlo, že pracují na ambulanci a 76 % respondentů pracuje na lůžkových oddělení. Respondenti byli ze všech krajů ČR. Nejpřijatelnější forma vzdělávání je pro 48 % pasivní účast na konferencích seminářích a pro 15 % je to aktivní účast na konferencích seminářích, 21 % respondentů uvedlo, že nejpřijatelnější je pro ně absolvování certifikovaných kurzů. E-learningovou formu vzdělávání vyzkoušelo 30 % respondentů a 70 % respondentů uvedlo, že tento typ výuky nevyzkoušelo. 92 % respondentů má zájem vyzkoušet on-line výuku a 8 % respondentů uvedlo, že zájem nemá. (Graf 1) Při výběru vzdělávací akce má pro 30 % respondentů největší význam místo konání, pro 38 % je to téma a pro 23 % respondentů je to finanční dostupnost. Na otázku zda má respondent doma internet odpovědělo kladně 97 % dotázaných a záporně 3 % respondentů. Z ankety je zřejmé, že respondenti mají zájem o online výuku a proto jsme začali spolupracovat s neziskovou organizací o.s. SEPPIA, která tyto přednášky začala realizovat (Seppia, 2011).



Graf 1: Máte zájem vyzkoušet online vzdělávání?

Občanské sdružení Seppia

SEPPIA je občanské sdružení, které se zabývá, pomocí a integrací znevýhodněných osob. Jako jsou zdravotně handicapované osoby, matky na mateřské, senioři a osoby pečující o osobu blízkou. (Seppia, 2011) Toto sdružení do 8.11.2011 realizovalo 24 akreditovaných přednášek, které se zúčastnilo 187 studentů. V průměru 7,8 studenta na 1 přednášku. Byl vytvořen dotazník pro hodnocení přednášek studenty. Reagovalo 48 respondentů. Všem 100 % respondentů online výuka vyhovuje. Všichni označili vstup do učebny jako jednoduchý. 80% dotazovaných jsou spokojeni s interaktivními prvky v online prostředí. 96 % respondentů shledalo toto prostředí za inspirativní a 76 % respondentů je spokojeno s přednáškami.

Slovní hodnocení:

„skvělý nápad“

„tato forma tady chyběla“

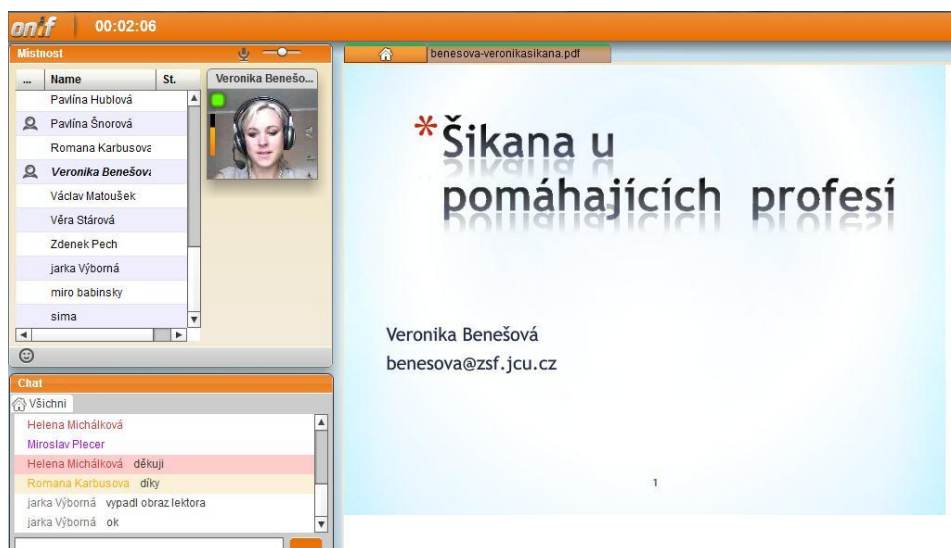
„těším se na další přednášky“

„určitě doporučím kolegyním“

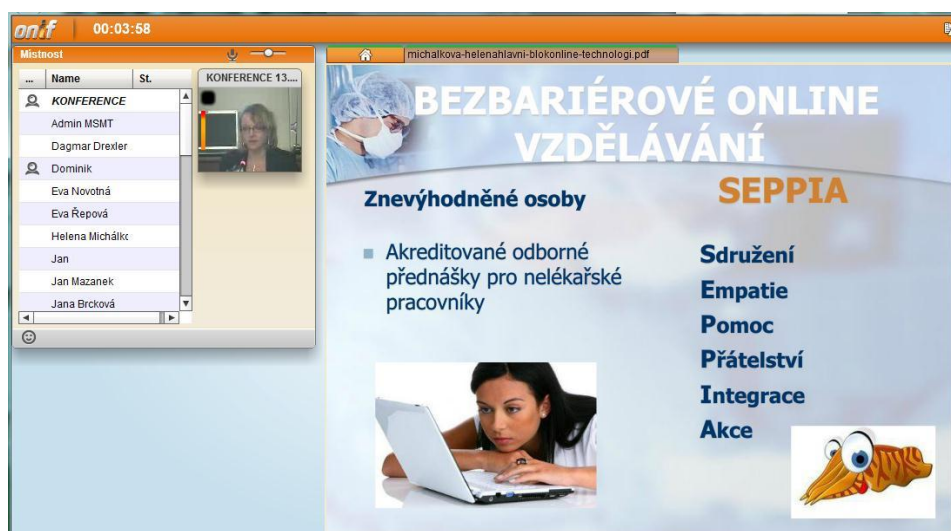
„forma naprosto vyhovující, na vše se dá reagovat a zapojit se“

„vyhovuje mi i proto, že mohu být doma a nemusím daleko dojíždět, mohu rovnou sdělit svůj názor“

„tato forma přednášek tady měla být už dávno, pro ty, co mají malé děti, ale i pro ty, co dělají na směny - je to ideální“



Obrázek 1. Virtuální učebna



Obrázek 2. Virtuální učebna

Proč online?

- přednášky NAŽIVO
- bez nutnosti cestovat
- nízké finanční náklady
- přístupné pro celou ČR a Slovensko
- přednášející učí z domova - netráví čas na cestách
- matky nepotřebují hlídání
- dostupné novinky z oboru

Závěr

Článek prokázal, že sestry dávají ve vzdělávání přednost pasivní účasti na akcích jako jsou semináře, konference. Většina sester si myslí, že je nutné vzdělávat se v oboru. Největší překážkou je pro sestry finanční a časová náročnost vzdělávacích akcí. Těmto problémům lze čelit online vzděláváním učené pro nelékařské pracovníky ve zdravotnictví.

Použitá literatura

- [1] Bubníková, H., Zdrubecká, P., Víšková, I. 2007. Názor sester na registraci. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2007, roč.17, č. 10. s. 19-20.
- [2] Bubníková, H., Zdrubecká, P., Víšková, I. 2008. Podporuje registrace sester celoživotní vzdělávání? In *Vinohradské ošetrovatelství 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost: Recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetrovatelství v roce 2007*. Praha: Vivas, 2008, 1. vyd. ISBN 978-80-87244-14-2. s. 83-88.
- [3] NCONZO. 2011. *Počty registrovaných osob v jednotlivých oborech* [online] Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/registr/10> [cit. 2011-10-11]
- [4] SEPPIA. 2011. *Seppia občanské sdružení*. [online] Dostupné z: <http://www.seppia.cz/about>, [cit. 2011-11-8]
- [5] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Adresy autorů

Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

U Výstaviště 26, České Budějovice 370 05

e-mail: michalkova.hela@seznam.cz

md.sedova@seznam.cz

Mgr. Veronika Benešová, Ph.D
Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Katedra sociální práce
E. Destinové 46, 370 05 České Budějovice
e-mail: benesova@zsf.jcu.cz

MODERÁTOR Y ZVLÁDANIA PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE U SESTIER

Emília Miklovičová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

Abstrakt

Východiská: Zvládanie životných ťažkostí a stresu je dynamický proces, moderovanie ktorého sa realizuje radou rôznych faktorov. Tieto faktory zahŕňajú tak vonkajšie zdroje, ako aj osobnostné charakteristiky sestry.

Súbor: Skúmaný súbor respondentov tvorilo 256 sestier.

Metóda: Na získanie potrebných údajov sme použili dotazníkovú metódu.

Výsledky: Naše výsledky potvrdzujú významné vzťahy medzi subjektívnym prežívaním psychickej záťaž a úrovňou Sense of coherence a subjektívnym vnímaním sociálnej opory.

Záver: Na riešenie situácie sestier je potrebné sa zamerať na posilnenie kompetencie sestier zvládať záťažové situácie a na zohľadňovanie psychosociálnych predpokladov pri výbere sestier na jednotlivé pracoviská.

KLúčové slová

Ošetrovateľské povolanie. Zvládanie záťažových situácií. Sociálna opora.

MODERATORS OF COPING WITH THE PSYCHICAL STRESS OF NURSES

Abstract

Introduction: Coping of life difficulties and stress is a dynamic process which is influenced by various factors. These factors include the external resources, as well as personal characteristics of nurses.

Data: The researched date made 256 nurses.

Method: A questionnaire method was used to reach the necessary facts.

Results: The results, we have gained, confirm that there are important relations between coping with the stressful situation and the level of the sense of coherence and subjective perception of the social support.

Conclusion: To address the situation of nurses should focus on strengthening the competence of nurses to cope with stress situations; we also highly recommend to deal with the psycho-social presuppositions of the candidates applying for the position of the nurse at the exposed workplace.

Key words

Nursing. Coping with stressful situations. Social support.

Úvod

V ošetrovateľskej praxi môžu mnohé situácie pôsobiť zaťažujúco. Svojimi požiadavkami preverujú schopnosť adaptácie sestry, kladú nároky na jej fyzickú zdatnosť i psychickú odolnosť. Od množstva a kvality záťažových situácií závisí, či formujúci vplyv na osobnosť sestry bude možné považovať za pozitívny alebo skôr negatívny.

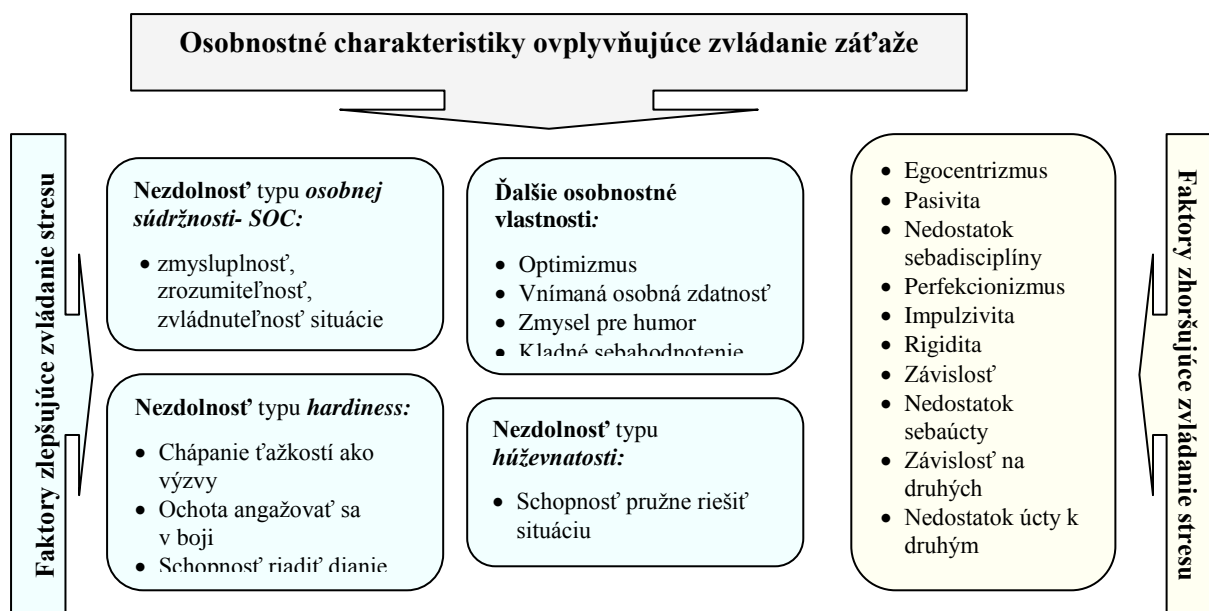
Efektívne zvládanie životných ťažkostí udržuje, posilňuje, podporuje zdravie a znižuje riziko vzniku choroby a naopak, nekonštruktívne riešenia situácií psychickej záťaže negatívne ovplyvňujú zdravie, vedú k chorobe, bolesti, zníženiu kvality života a závislosti na pomoci okolia.

Faktory ovplyvňujúce zvládanie záťaže

Schopnosť zvládvať záťaž bez vážnejších porúch a neprimeraných reakcií sa považuje za toleranciu, odolnosť proti záťaži. Rada výskumov preukazuje, že existujú faktory, ktoré majú mimoriadny vzťah k riešeniu záťažových situácií, či už tým, že pomáhajú situáciu riešiť, alebo naopak privádzajú človeka do ešte zložitejšej situácie. Tieto faktory zahŕňajú tak vonkajšie zdroje, ako aj osobnostné charakteristiky sestry.

V odbornej literatúre je z vonkajších zdrojov popisovaná predovšetkým sociálna opora, ktorá je chápaná ako jeden z najdôležitejších pozitívnych faktorov modifikujúcich a moderujúcich nepriaznivý vplyv rôznych náročných životných situácií na fyzický a psychický zdravotný stav sestry, na jej pohodu a kvalitu jej života. Sociálnu oporu definuje J. Křivohlavý (2003, s. 94) ako „pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii. Všeobecne ide o činnosť, ktorá človeku jeho záťažovú situáciu určitým spôsobom uľahčuje“. Vplyv sociálnej opory je potrebné chápať v dvoch dimenziách. Jednak ako už spomenutý „nárazník“ záťaže, ktorého priaznivý efekt zabezpečuje existencia dobrých vzájomných vzťahov v manželstve sestry, v jej užšej i širšej rodine, existencia priateľských vzťahov s kamarátmi, ľuďmi v záujmových kluboch a podobne. Jednak ako zásah, ktorý má skôr negatívne následky vznikajúce tak pri nedostatočnej, ako aj pri nadmernej či nevhodnej pomoci sestry zo strany jej blízkych a priateľov.

Druhú skupinu faktorov, ktoré majú významný vzťah k zvládaniu záťažových situácií, tvoria zvládacie schopnosti - sú to všetky osobnostné predpoklady v zmysle dispozícií (črt), ktoré podmieňujú a ovplyvňujú zvládanie externých a interných stresorov na behaviorálnej, kognitívnej alebo zážitkovej úrovni (Ruiselová, 2006, s. 11). Práve ony môžu byť vysvetlením odlišnej vnímavosti a zraniteľnosti jednotlivých sestier proti záťaži. Prehľad osobnostných charakteristík, ktoré ovplyvňujú zvládanie psychickej záťaže, poskytuje obrázok 1.



Obrázok 1 Osobnostné charakteristiky ovplyvňujúce zvládanie stresu (Křivohlavý, 2002, s. 99, Praško, Prašková, 2004, s. 58 – 60)

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zistiť vzťah medzi prejavmi psychickej záťaže, úrovňou odolnosti voči záťažovým situáciám v ošetrovateľskej praxi a subjektívnym hodnotením sociálnej opory.

Súbor a metódy

Výberový súbor tvorilo 256 sestier pracujúcich na štandardných oddeleniach ústavných zdravotníckych zariadení. Podmienkou ich zaradenia do súboru bolo pracovné zaradenie „sestra pri lôžku“ v trojsmennej prevádzke. Sestry boli z pracovísk zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti - interné, chirurgické, geriatrické, neurologické, onkologické a psychiatrické oddelenia. Vekový priemer respondentov bol 35,6 roka, s rozpätím 22 – 52 rokov. Priemerná dĺžka ich ošetrovateľskej praxe bola 15,3 roka, s rozpätím 1 – 34 rokov. Z celkového počtu sestier, 100 sestier, t. j. 39,1% malo ukončené úplné stredné odborné vzdelanie, 40 sestier, t. j. 15,6 % absolvovalo vyššie odborné vzdelanie a 116 sestier, t. j. 45,3 % ukončilo vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa.

Na zistenie relevantných údajov o skúmanej problematike sme použili štruktúrovaný dotazník:

- modifikovaný Antonovského dotazník životnej orientácie SOC (uverejnený v Hannöver et al., 2004), ktorý zisťuje celkovú koherenciu životnej orientácie. Použili sme 12 výrokov so sedemstupňovou škálou súhlasu alebo nesúhlasu,
- modifikovaný Inventár prejavov záťaže WHO (uverejnený v Křivohlavý, 2003),
- otázky na hodnotenie úrovne sociálnej opory pomocou 6-bodovej stupnice.

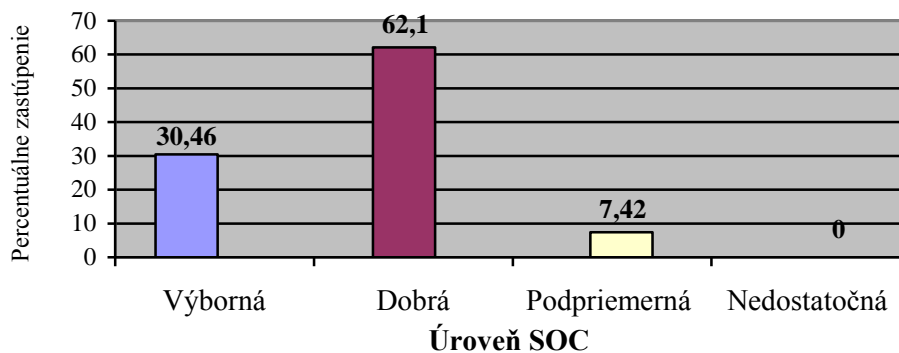
Pri spracovaní a interpretácii získaných výsledkov sme vypočítali jednoduché frekvencie, percentuálne rozloženie súboru podľa zoskupenia jednotlivých odpovedí, v škálovaných

položkách sme vypočítali aritmetický priemer. Na zistenie miery závislosti vybraných premenných sme použili Pearsonov korelačný koeficient. Návratnosť dotazníkov bola 87 %.

Výsledky

Úroveň odolnosti respondentov voči záťažovým situáciám sme testovali prostredníctvom osobnostnej charakteristiky „sense of coherence“ (SOC) – zmysel pre integritu, ktorej základnými atribútmi sú zrozumiteľnosť situácie, zmysluplnosť boja a zvládnuteľnosť úlohy. Celkový počet bodov získaný v jednotlivých výrokoch udáva skóre SOC. Maximálna hodnota skóre nameraná v respondentskom súbore bola 75, minimálna 30. Na základe celkového skóre SOC sme hodnotili úroveň odolnosti sestier voči situáciám psychickej záťaže.

Graf 1 Úroveň SOC

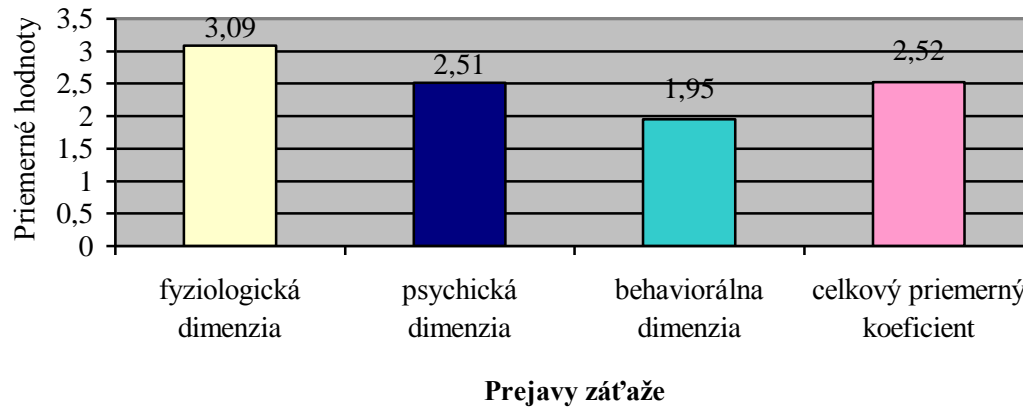


Výsledky uvedené v grafe 1 poukazujú na nasledujúce skutočnosti. Veľmi vysoké hodnoty SOC (počet bodov viac ako 62, t. j. 75 %) sme zaznamenali u 78, t. j. 30,46 % sestier. Táto skupina respondentov disponuje osobnostnými predpokladmi, ktoré jej umožňujú zvládať záťažové situácie bez negatívnych dôsledkov, čo sa prejavuje orientáciou na prijímanie adaptívnych stratégií zvládania záťaže, vyššou flexibilitou vzhľadom na požiadavky konkrétnych situácií a subjektívnou pohodou. U 159, t. j. 62,1 % probantov je náchylnosť k zvýšenému prežívaniu záťaže v medziach normy (počet bodov 42 – 62, t. j. 50 – 74 %). Aké následky bude mať prežívaná psychickej záťaž u tejto skupiny sestier, závisí však nielen na ich dispozičných charakteristikách, ale aj na situačných a sociálnych atribútoch danej situácie. Nižšie hodnoty SOC (počet bodov menej ako 42, t. j. 25 – 49 %) sme namerali u 19, t. j. 7,42 % sestier. Nižšia úroveň koherencie sa jednoznačne spája s vyššou anxiou a vyššou úrovňou depresivity (Ruiselová, 2006, s. 58). Táto skupina sestier má vyššiu tendenciu k zraniteľnosti, vyššiu orientáciu na prijímanie neefektívnych stratégií s prevahou pasívneho a únikového prístupu k zvládaniu náročných životných situácií. Hodnoty SOC nižšie ako 25 bodov sme nezaznamenali.

Intenzitu psychickej záťaže sme testovali pomocou frekvencie výskytu jej prejavov v troch dimenziách: fyziologickej, psychickej a behaviorálnej. Analýzou odpovedí, v ktorých respondenti vyjadrovali častosť výskytu negatívnych prejavov záťaže na 5-bodovej stupnici (od príznak sa nevyskytuje nikdy, až po príznak sa vyskytuje vždy) sme zistili priemerný koeficient záťaže – 2,52. Pri hodnotení jednotlivých dimenzií psychickej záťaže sme najvyšší

priemerný koeficient prejavov zaznamenali vo fyziologickej dimenzii (3,09), najnižší v behaviorálnej dimenzii (1,95). Priemerný koeficient psychickej dimenzie bol 2,51 (graf 2).

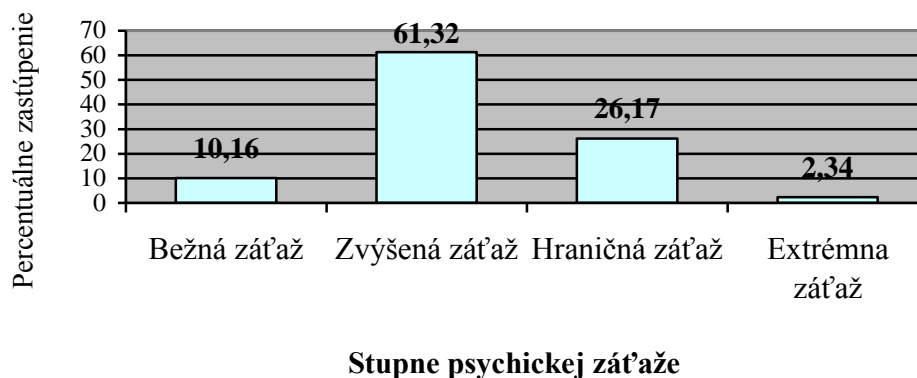
Graf 2 Prejavy psychickej záťaže



Výsledky korešpondujú so súčasnými poznatkami o signáloch psychickej záťaže. Vyššie hodnoty fyziologickej a nižšie hodnoty psychickej a behaviorálnej dimenzie súvisia s časovým faktorom a subjektívnym uvedomovaním si signálov psychickej záťaže. Kým telesné symptómy vznikajú ako prvé, ich uvedomenie si umožňuje zahájenie krokov na ich elimináciu, symptómy psychickej a behaviorálnej sa objavujú v neskoršom časovom horizonte a skôr si ich uvedomuje sociálne okolie ako jedinec, ktorý prežíva psychickú záťaž.

Ďalej nás u výberového súboru zaujímala intenzita prežívaného napätia vyjadrená stupňami psychickej záťaže. Stupne psychickej záťaže vyjadrujú disonanciu medzi požiadavkami vonkajšieho prostredia a pripravenosťou sestry vyrovnáť sa s nimi. Na zistenie údajov sme každému probantovi vypočítali priemerný koeficient signálov záťaže a použitú päť stupňovú škálu sme matematicky previedli na stupne psychickej záťaže (graf 3).

Graf 3 Stupne psychickej záťaže

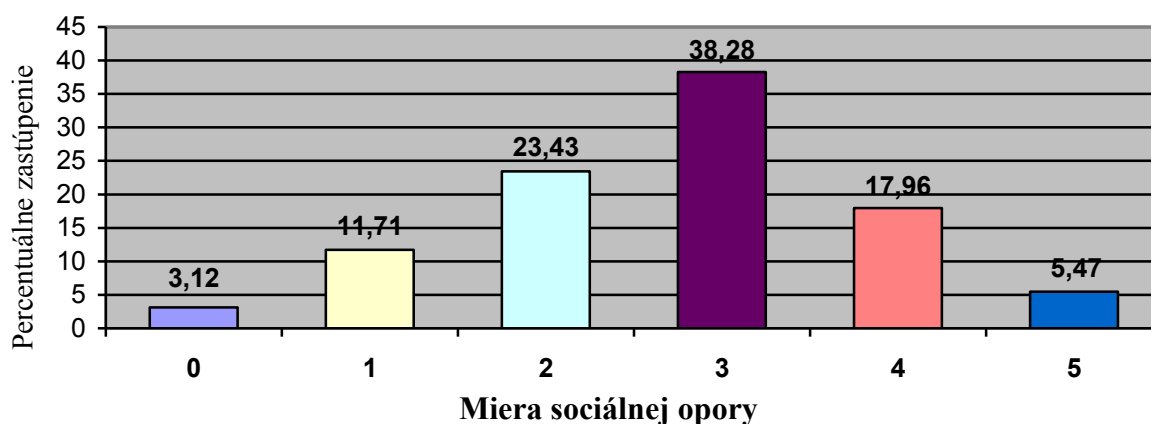


Výsledky v grafe 3 môžeme interpretovať nasledovne. 26 respondentov, t. j. 10,16 % disponuje väčšími predpokladmi než si vyžadujú úlohy a povinnosti vyplývajúce z ošetrovateľského povolania. Pre 157 opýtaných, t. j. 61,32% predstavujú náročné životné situácie vyplývajúce z ich povolania zvýšenú záťaž, čo hodnotíme pozitívne, nakoľko tento

stupeň záťaže má pozitívnu funkciu v rozvoji osobnosti sestry a charakterizuje ho kreatívny spôsob riešenia problémov. Nepriaznivú situáciu vyjadrenú stupňami „hraničná a extrémna záťaž“, ktorých sprievodným javom sú rôzne funkčné poruchy psychických funkcií, výrazné fyziologické zmeny a výrazné poruchy v správaní, sme zistil u 73 respondentov (28,51%), ktorí udávali častú a veľmi častú frekvenciu výskytu signálov záťaže.

K vonkajším zdrojom, ktoré pozitívne modifikujú a moderujú nepriaznivý vplyv rôznych náročných životných situácií na fyzický a psychický zdravotný stav, na pohodu a kvalitu života, patrí predovšetkým sociálna opora. V otázke zameranej na túto premennú mali sestry zakrúžkovať intenzitu subjektívne vnímanej sociálnej opory od svojho okolia, pričom sme sa zamerali na emocionálnu a hodnotiacu oporu, ktorú sestram poskytujú ich nadriadení, spolupracovníci ako aj rodinní príslušníci a podporné osoby. Získané výsledky prezentuje graf 4.

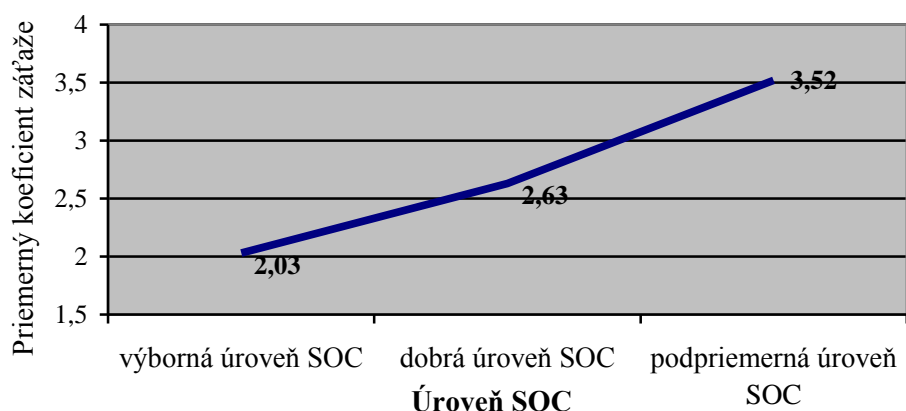
Graf 4 Subjektívne hodnotenie miery sociálnej opory



8, t. j. 3,12 % opýtaných označilo mieru sociálnej opory od svojej sociálnej siete ako žiadnu. Ako veľmi slabú hodnotilo kvalitu súboru sociálnych vzťahov, ktoré sú im k dispozícii, 30, t. j. 11,71 % respondentov. 60 sestier, t. j. 23,43 % interpretovalo primeranosť sociálnej opory ako slabú. O priemernej sociálnej opore od svojich najbližších bolo presvedčených 98, t. j. 38,28 % sestier. Nadpriemernú adekvátnosť sociálnych vzťahov, ktoré im pomáhajú zvládať náročné životné situácie, označilo 46, t. j. 17,96 % opýtaných. 14 respondentov, t. j. 5,47 % vnímalo svoje sociálne väzby ako maximálnu mieru sociálnej opory.

Okrem zistenia výskytu signálov záťaže a charakteristík, ktoré ju ovplyvňujú nás zaujímalo, či medzi uvedenými premennými existuje súvislosť. V oblasti dispozičných predpokladov zvládania záťažových situácií sme testovali vzťah medzi frekvenciou výskytu prejavov záťaže a koherenciou SOC. Úroveň koherencie SOC vypovedá o efektívnosti zvládania náročných životných situácií a odráža aktívnu alebo pasívnu orientáciu jednotlivca pri riešení problémov v zložitých situáciách. Korelačná analýza potvrdila, že celkové skóre koherencie SOC signifikantne negatívne korelovalo s intenzitou psychickej záťaže ($r = -0,78$). Sestry s vyššou hodnotou celkového skóre koherencie udávali menší výskyt symptomatických prejavov psychickej záťaže. Vzťah medzi oboma skúmanými premennými ilustruje graf 5.

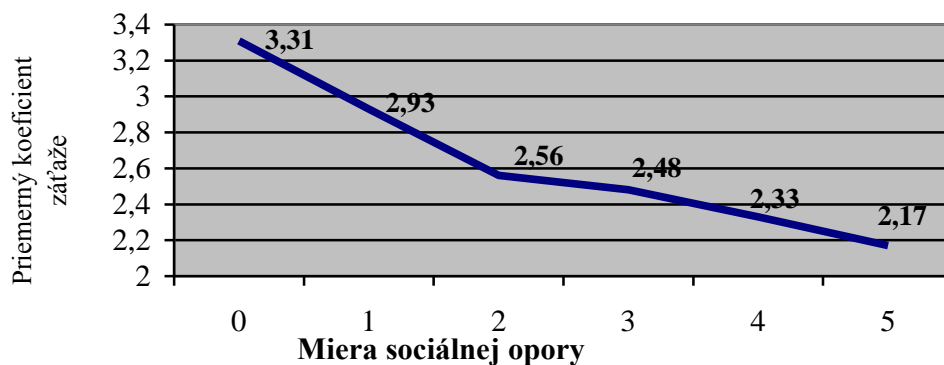
Graf 5 Vzťah medzi psychickou záťažou a úrovňou koherencie



Uvedený vzťah možno vysvetliť preferenciou aktívneho problémovo-orientovaného prístupu k zvládaniu záťažových situácií, ktorý je považovaný za konštruktívny a efektívny a umožňuje jedincom zvládať záťaž bez vážnejších porúch a neprimeraných reakcií. Naopak u sestier s nižšou hodnotou koherencie sme zaznamenali vyššiu intenzitu symptomatických prejavov záťaže. Táto skupina sestier má vzhľadom na nízku úroveň koherencie pravdepodobne sklon k preferencii nekonštruktívnych copingových mechanizmov s negatívnymi následkami na zdraví.

Ďalej sme sa snažili zistiť, či existuje koincidencia medzi subjektívnym vnímaním sociálnej opory a frekvenciou výskytu symptomatických prejavov psychickej záťaže. Východiskom nášho predpokladu bol poznatok, že systém sociálnej opory ako jednej zo stratégií zvládania záťaže plní funkciu určitého tlmiaceho systému, ktorý ľudí chráni proti potencionálnemu škodlivému vplyvu záťažových situácií. Získané výsledky potvrdzujú platnosť nášho predpokladu. U sestier, ktoré proklamovali vyššiu mieru sociálnej opory sme zaznamenali nižšiu intenzitu psychickej záťaže. S klesajúcou mierou sociálnej opory narastalo priemerné skóre frekvencie výskytu prejavov psychickej záťaže ($r = -0,39$).

Graf 6 Korelácia miery sociálnej opory a psychickej záťaže



Diskusia

Nepriaznivú situáciu v hodnotení úrovne psychickej záťaže sme zaznamenali u 28,51 % sestier, ktoré na zvládanie náročných životných situácií, vyplývajúcich z ošetrovateľského povolania, musia vynakladať mimoriadne úsilie, čím sa stávajú rizikovými pre rozvoj porúch zdravia. Hodnotenie dispozičných predpokladov potrebných pre efektívne zvládanie záťažových situácií vyznieva priaznivo pre 82,56% probantov, 7,42 % opýtaných sestier nedisponuje požadovanými vlastnosťami, čo podľa *Ruiselovej* (2006, s. 11) „negatívne ovplyvňuje zvládanie externých a interných stresorov na behaviorálnej, kognitívnej alebo zážitkovej úrovni“.

Efektívne zvládanie záťažových situácií závisí od osobných zdrojov, sociálnych zdrojov i od situačnej podmienenosti stresu i jeho zvládania. V prvej oblasti zdrojov sme sa zamerali na zistenie vzťahov psychickej záťaže a dispozičných osobnostných charakteristík vyjadrených koherenciou SOC. Výsledky potvrdzujú významný negatívny vzťah medzi oboma premennými – vyššia koherencia SOC sa teda spája s menším výskytom symptomatických prejavov psychickej záťaže a s vyššou fyzickou a psychickou pohodou, čo potvrdzujú zistenia viacerých autorov (*Pallant, Lae, 2002; Suominen et al. 2001*).

Celkové hodnotenie sociálnej opory ako jednej zo stratégií zvládania záťaže vyznieva priaznivo pre 61,71 % opýtaných, ktorí hodnotili kvalitu súboru svojich sociálnych vzťahov ako priemernú, nadpriemernú a maximálnu. 38,29 % respondentov vyjadrilo veľmi nízku mieru uspokojenia s poskytovanou sociálnou oporou. Analýza odpovedí na otázky, týkajúce sa frekvencie výskytu symptómov psychickej záťaže a subjektívne vnímanej sociálnej opory, potvrdila štatisticky významný vzťah, pričom vyššia úroveň sociálnej opory sa spája s nižšou intenzitou prejavov psychickej záťaže. Naše výsledky sú v súlade so súčasnými zisteniami o vzťahu sociálnej opory ku zdraviu, ktoré komentujú *Brannonova a Feist* (podľa *Křivohlavý, 2003, s. 112*) slovami: „doterajšie výskumy ukazujú, že sociálna opora zmierňuje až eliminuje škodlivé negatívne vplyvy stresu, a poskytuje tak ochranu proti chorobe“.

Záver a odporúčania

Presvedčiť jednotlivcov, rodinu o zdravom spôsobe života a prevzatí zodpovednosti za svoje zdravie je prioritnou súčasťou práce zdravotníkov (*Padyšáková, Musilová, 2011, s. 204*). Ošetrovateľstvo sa zameriava na ochranu, udržanie a posilnenia zdravia ako najvyššej hodnoty. Otázky týkajúce sa uvedených koncepcií sa osobne dotýkajú každého človeka a osobitný význam majú pre odborníkov v pomáhajúcich profesiách. Aby sestry ako „spoločnosť ľudí starajúcich sa o zdravie populácie, ktorí realizujú svoje aktivity v súlade s verejnými požiadavkami“ (*Líšková, 2008, s. 54*) mohli poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v zmysle ochrany a upevňovania zdravia, musia predovšetkým posilňovať a zlepšovať svoj zdravotný stav, zvyšovať kvalitu svojho života a predchádzať zdraviu škodlivým spôsobom spávania. Preto ako uvádzajú *Musilová a Musilová* (2008, s. 44) „je veľmi dôležité zosúladiť svojich ambícií s vlastnými schopnosťami, požiadavkami povolania a sociálnou realitou“.

Na riešenie situácie sestier v oblasti moderátorov zvládania psychickej záťaže je potrebné sa zamerať na posilnenie kompetencie sestier zvládať záťažové situácie prostredníctvom

zlepšenia sebapoznania, osvojenia si efektívnych a konštruktívnych techník zvládania situácií psychickej záťaže, zohľadňovania psychosociálnych predpokladov pri výbere sestier na jednotlivé pracoviská.

Použitá literatúra

- [1] HANNÖVER, W. et al. 2004. Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. In *Psychother Psych. Med.* ISSN 0937-2032, 2004, vol. 54, 3-4, 179 – p.186.
- [2] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [3] KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [4] LÍŠKOVÁ, M. 2008. Výchova k zdraviu ako spoločenská priorita. In *Sestry a európske stratégie zdravia v 21. storočí : Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie*. 1. Vydanie. Bratislava : FOaZOŠ SZU, 2008. s. 53 – 59. ISBN 978-80-89352-10-4.
- [5] MUSILOVÁ, E., MUSILOVÁ, M. 2008. Motivačné činitele profesionálneho vývinu vybraných zdravotníckych povolání. In *Sestry a európske stratégie zdravia v 21. storočí : Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie*. 1. Vydanie. Bratislava : FOaZOŠ SZU, 2008. s. 43 – 52. ISBN 978-80-89352-10-4.
- [6] PADYŠÁKOVÁ, H., MUSILOVÁ, E. 2011. Persuázia - pedagogická metóda v činnosti sestier, pôrodných asistentiek. In *VI. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařská zdravotnická povolání*. 1. Vydání. Brno : Tribune, 2011. s. 204-209. ISBN 978-80-7399-196-8. s. 204-209.
- [7] PALLANT, J. F., LAE, L. 2002. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the Sense of coherence scale. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 2002, vol. 33, 1, p. 39–48.
- [8] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.: *Proti stresu krok za krokem aneb Jak získat klid a odolnost vůči nepohodě*. 1. Vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. 188 s. ISBN 80-247-0068-9
- [9] RUISELOVÁ, Z. et al. 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava : Slovak Academic Press, Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2006. 128 s. ISBN 80-88910-23-4
- [10] SUOMINEN, S. et al. 2001. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health – Results of 4 years of follow-up of adults. In *Journal of psychosomatic research*. ISSN 0022-3999, 2001, vol. 50, 2, p. 77 – 86.

Adresa autora

PhDr. Emília Miklovičová, PhD.
FOaZOŠ SZU
Limbová 14, 833 03 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: emilia.miklovicova@szu.sk

STRESORY OŠETROVATEĽSKÉHO POVOLANIA

Emília Miklovičová¹, Jarmila Kristová²

¹FOaZOŠ SZU Bratislava

²VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, TnUAD, Fakulta zdravotníctva, Trenčín

Abstrakt

Povolanie sestry je fyzicky i psychicky náročné. Na zintenzívnení pracovného zaťaženia sestier sa podieľa mnoho negatívnych faktorov, ktoré vedú mnohé sestry, najmä mladé a vysokoškolsky vzdelané, k rozhodnutiu hľadať si lepšie pracovné podmienky v iných zamestnaniach. Medzi najvýznamnejšie stresory patrí prosociálne zameranie ošetrovateľstva, medziľudské vzťahy na pracovisku, osobnosť pacienta a pracovné podmienky sestier.

Keľúčovú slovú

Stresor. Ošetrovateľské povolanie. Sestra.

STRESSORS OF NURSING PROFESSION

Abstract

Nursing profession is physically and mentally difficult. There are a lot of negative factors that make more intensive the nurses' working effort in such a way that a lot of them especially young and university educated ones decide to look for better working conditions in other occupations. The most important stressors are pro-social orientation of nursing, interpersonal relationships in the workplace, the patient's personality and working conditions of nurses.

Key works

Stressor. Nursing. Nurse.

Úvod

Dnešné ošetrovateľstvo je nielen dynamické a mnohostranné, ale aj nesmierne psychicky a fyzicky náročné. Sestra pri vykonávaní povolania pracuje s ľuďmi, veľmi často chorými, trpiacimi, nevládnymi a umierajúcimi, ktorí od sestry očakávajú záujem, pochopenie pre ich problémy v chorobe a pomoc pri ich riešení. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti je prakticky nemožné bez osobnej a citovej angažovanosti.

Psychosociálnu záťaž, eventuelne stres, ktoré sestra prežíva pri výkone povolania, vyvolávajú, podporujú alebo zhoršujú viaceré negatívne faktory – stresory.

Ošetrovateľské povolanie zahŕňa celú paletu stresorov:

- stresory vyplývajúce z podstaty ošetrovateľského povolania;
- stresory vyplývajúce z medziľudských vzťahov v pracovnom kolektíve;
- stresory vyplývajúce z osobnosti pacienta;
- stresory vyplývajúce z pracovných podmienok sestier.

Stresory vyplývajúce z podstaty ošetrovateľského povolania

Základnou príčinou pracovnej záťaže sestry vyplývajúcej z podstaty ošetrovateľského povolania sú nepretržité vysoké nároky na jej psychické stavy a psychické procesy.

Ako príčinu psychickej záťaže *V. Čechová, A. Mellanová a M. Rozsypalová* (2003, s. 142, 143) uvádzajú viaceré subkategórie, a to:

- intenzívne vnímanie a aktivácia organizmu – sestra neustále pozoruje príznaky chorôb a zmeny zdravotného stavu pacientov a všíma si ich prejavy a správanie. Často musí sústrediť pozornosť na činnosti vyžadujúce presnosť (napr. dávkovanie liekov, odber biologického materiálu), ale tiež prenášať pozornosť z jednej činnosti na druhú, pričom každú z nich musí vykonať bezchybne;
- neustála potreba zapájať pamäťové procesy a používať rôzne druhy pamäte – sestra si musí zapamätať a podľa potreby vybaviť množstvo dôležitých údajov o zdravotnom stave pacienta;
- opakovaná potreba pružného a logického myslenia – sestra sa mnohokrát dostáva do situácie, v ktorej musí samostatne riešiť problémové situácie ako je napríklad náhle zhoršenie zdravotného stavu pacienta alebo dokonca ohrozenie jeho života. Takáto situácia vyžaduje rýchle zhodnotenie, voľbu správneho riešenia a neodkladné konanie;
- opakujúce sa silné citové zážitky – príčinou psychickej záťaže sú predovšetkým astenické city, ktoré sestra prežíva pri každodennom kontakte s utrpením a bolesťou pacientov, nepríjemnými podnetmi ako pohľad na otvorené rany, umieraním a smrťou človeka,
- zvýšené požiadavky na kladné vlastnosti osobnosti – od sestry sa požaduje, aby bola čestná, pravdovravná, svedomitá, trpezlivá, dôsledná, optimistická, tolerantná, jednoducho sociálne a citovo zrelá. Uvedený ideál sa nie vždy darí sestre napĺňať a samotné vedomie problematikosti priblíženia sa k nemu môže pre sestru predstavovať príčinu psychickej záťaže.

Uvedený prehľad by bolo možné doplniť o ďalšie charakteristiky ošetrovateľského povolania, ktoré môžu byť podnetom na vznik a hromadenie stavov psychickej záťaže. Na základe zovšeobecnenia poznatkov o príčinách psychickej záťaže sestier môžeme konštatovať, že samotná prosociálna aktivita sestry spojená s veľkou mierou zodpovednosti za pacientov predstavuje pre ňu dlhodobý zdroj záťaže. Navyše pri zameraní prosociálnej aktivity na skupinu pacientov, u ktorých sestra často nemôže ovplyvniť vývoj ich zdravotného stavu ako u chronicky chorých, nevyliciteľne chorých a umierajúcich, môže u sestry vzniknúť povedomie bezmocnosti a nemožnosti nájsť pomoc, tzv. HH syndróm (helplessness and hopelessness), čo sa prejaví celou radou príznakov záťažového stavu.

Stresory vyplývajúce z medziľudských vzťahov v pracovnom kolektíve

Druhým najčastejším zdrojom psychosociálnej záťaže je pracovné prostredie a predovšetkým medziľudské vzťahy na pracovisku. Správanie sestier k sebe navzájom, k nadriadeným i podriadeným je jedným z najdôležitejších článkov v sociálnej interakcii v celom zdravotníckom zariadení a má najväčší vplyv na priaznivú či nepriaznivú pracovnú atmosféru.

Nepriateľské vzťahy medzi spolupracovníkmi, donášanie, ohováranie, nadmerná kritika alebo naopak veľmi studené neosobné vzťahy, málo dôvery, perfekcionizmus nadriadených, emočná sterilita – to všetko môže viesť k silne prežíanej záťaži v pracovných vzťahoch. Uvedené príklady negatívne ovplyvňujú psychický imidž sestry a vo všeobecnosti sa označujú termínom devalvácia. Devalváciu definujú *J. Křivohlavý a J. Pečenková* (2004, s.35) ako „znižovanie hodnoty druhého človeka a to tak v očiach iných ľudí, ktorí sú svedkami uvedeného jednanja ako aj v očiach človeka, s ktorým sa takto jedná“.

K devalvačným formám správania zaradíme:

- nadradené a povýšenecké správanie;
- nedostatok pozitívnej spätnej väzby od nadriadených;
- prejavy podceňovania;
- šikanovanie;
- neobjektívne hodnotenie druhých;
- znevažovanie a znehodnocovanie úsilia druhých;
- zľahčovanie práce druhých;
- nedostatok vzájomnej dôvery alebo zneužívanie dôvery;
- pochybovanie o kompetenciách a schopnostiach druhých;
- krivé a nepravdivé obviňovanie;
- prejavy závidosti, zlosti, nenávidosti a nepriateľstva (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 37).

Stresory vyplývajúce z osobnosti pacienta

Sestry sú v priamom kontakte s pacientom po celý svoj pracovný čas. Sú s ním, keď vstáva, umýva sa, pomáhajú mu pri rozličných úkonoch, sú s ním v chvíľach jeho života, ktoré mnohí pacienti hodnotia ako dôležité a náročné.

U niektorých pacientov je choroba sprevádzaná zvýraznením negatívnych charakterových črt ako sebeckosť, zbabelosť, netrpezlivosť, agresivita, neznášanlivosť a panovačnosť. Aj keď sa niektoré prejavy pacientov sestry citovo dotýkajú, nemôže sa vyhnúť stretnutiu ani komunikácii so žiadnym z nich (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, s. 142).

Viacerí odborníci zaoberajúci sa zdravotníckou psychológiou zhodne uvádzajú existenciu tzv. „psychologicky problematických pacientov“, ktorí pre sestru predstavujú zvýšenú časovú a psychosociálnu záťaž. Do tejto skupiny pacientov *M. Jobánková* (2004) zaraduje:

- a) pacientov s ťažkosťami, ktoré nezodpovedajú objektívnemu nálezu – ide o pacientov s rôznymi telesnými a psychickými ťažkosťami, ktorí sa dožadujú starostlivosti, i keď výsledky ich vyšetrení popisované obtiaže nevysvetľujú. Trpia pocitom, že im nikto neverí, že sú považovaní za simulantov;
- b) pacientov s hypochondrickými a obsedantnými reakciami – k základným charakteristikám tejto skupiny pacientov patrí nadmerné pozorovanie, zameranosť na svoj zdravotný stav, požiadavky na zvýšenú starostlivosť a pozornosť, nedôvera a náročnosť k práci zdravotníckych pracovníkov;

- c) manipulujúcich pacientov – sú to pacienti vyžadujúci prednostný alebo výhradný záujem, ich správanie je nepredvídateľné, prehnané, sú labilní a nestáli. Na sestry kladú vysoké nároky silnými emočnými reakciami, ktorými ich dokážu zmanipulovať alebo ich vzájomne rozoštváť;
- d) pacientov s antisociálnymi rysmi – títo pacienti nerešpektujú spoločenské normy, niekedy ani zákon, nerešpektujú pravidlá, nedodržiavajú zákazy a ak sú so svojimi činmi konfrontovaní, môžu sa správať i agresívne.

Každý pacient je súčasťou širšej či užšej sociálnej siete. Rodinní príslušníci a podporné osoby patriaci do tejto siete často pacienta navštevujú a môžu predstavovať ďalší determinant psychického zaťažovania sestry. K situáciám podieľajúcim sa na zvyšovaní záťaže sestry patrí najmä negatívne hodnotenie alebo spochybňovanie jej práce a úsilia, prejavy zlosti, hnevu, hostility a verbálnej i neverbálnej agresivity namierené proti nej. Ako upozorňuje *J. Křivohlavý a J. Pečenková* (2004, s. 62) „je chybou, keď si niektorý pacient alebo jeho návšteva myslia, že si môžu dovoliť úplne všetko. To, čo si môžu dovoliť v jednaní so sestrou má svoje hranice. Otázkou je, do akej miery sa vedenie nemocnice dokáže proti takémuto prekročeniu hranice postaviť, prípadne ako na takéto prekročenie hraníc reaguje“

Stresory vyplývajúce z pracovných podmienok sestier

V mnohých krajinách, Slovensko nevyímajúc, v posledných rokoch dochádza k zhoršovaniu pracovných podmienok sestier, zintenzívňuje sa ich pracovné zaťaženie, čo vedie mnohé sestry, najmä mladé, k rozhodnutiu hľadať si lepšie pracovné podmienky, a to aj mimo zdravotníctva (*Hanzlíková, Kovářová, Hasselhorn, 2004, s. 4*).

Na to, aby sestra mohla pacientom poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, musí mať vytvorené pre svoju prácu dobré pracovné podmienky. Viaceré štúdie a diskusné fóra však poukazujú na to, že súčasné sestry hodnotia situáciu v tejto oblasti výrazne negatívne a nevyhovujúce pracovné podmienky považujú za najvýraznejší zdroj záťaže.

K zdrojom psychickej záťaže vyplývajúcim z pracovných podmienok zaraďujeme predovšetkým nedostatočné personálne a materiálno-technické vybavenie ošetrovacích jednotiek, nedostatočnú finančnú a sociálnu stimuláciu, organizáciu práce, vplyv pracovného prostredia a zmeny v zamestnaní.

Na prácu sestry sa v súčasnom systéme zdravotnej starostlivosti kladú vysoké nároky, dokonca možno povedať, že sestry sú preťažené množstvom práce. To znamená, že množstvo práce, ktoré má sestra vykonať je vyššie, než je sestra schopná vykonať za čas, ktorý má k dispozícii.

Medzi faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú prax patria i ekonomické zdroje, politické, sociálne a kultúrne faktory. Nedostatočné financovanie zdravotníctva sa odráža i na platovom ohodnotení sestier, ktoré sa ani zďaleka nepribližuje platovému ohodnoteniu iného odborníka s porovnateľným vzdelaním a náročnosťou práce. Zároveň je potrebné zdôrazniť, že nielen nedostatočná finančná stimulácia, ale aj nedostatočná sociálna stimulácia, je príčinou záťaže. Existenciu diskrepancie medzi pozíciou a imidžom sesterského povolania konštatuje *D. Farkašová* (2005, s. 187), keď uvádza, že „povolanie sestry sa v rámci 70 povolání

umiestňuje na 7. až 10. mieste, čo naznačuje jeho významnú pozíciu a prestíž, spoločnosť však pripisuje sesterskému povolaniu nie veľmi pozitívny imidž“. K ďalším demotivačným črtám determinujúcim povolanie sestry autorka (2005, s. 181) zaraďuje „nízky sociálny status, nedostatok uznania a podpory, subordinačné postavenie, nedostatočný podiel na riadení zdravotníctva, tvorbe koncepcií a zameraní zdravotnej starostlivosti“.

Ďalším faktorom, ktorý predstavuje zdroj psychosociálnej záťaže, je pracovný harmonogram a práca počas víkendov. Sestry na Slovensku slúžia aspoň jeden z víkendových dní počas každého víkendu v mesiaci a až 66,7% sestier pracuje pravidelne aj v nočných zmenách. V tejto sfére najpriaznivejšia situácia je v Holandsku, kde väčšina sestier pracuje maximálne jeden deň počas dvoch víkendov a v niektorých krajinách Európy ako Francúzsko, Nemecká spolková republika a Belgicko mnoho sestier pracuje výlučne v noci, čo je u nás skôr výnimkou (Hanzlíková, Kovářová, Hasselhorn, 2004, s. 5).

Za negatívny faktor organizácie práce sestier sú vo všeobecnosti považované aj vedľajšie činnosti, ktoré musia vykonávať za iných pracovníkov zdravotníckeho tímu, a to administratíva, práca za sanitárov a pomocný personál ako aj odborné a administratívne práce za lekárov.

Ďalší determinant zaťažovania sestier predstavujú negatívne faktory pracovného prostredia, ku ktorým patria fyzikálne faktory – zvýšená teplota, hluk, nesprávne osvetlenie, vibrácie, radiačné žiarenie, elektrický prúd, chemické faktory – cytostatiká, diagnostiká, dezinfekčné prípravky a biologické faktory – patogénne mikroorganizmy (Gažiová, 2004, s. 44).

Záver

V ošetrovateľskej praxi môžu mnohé situácie pôsobiť zaťažujúco. Dlhodobé pôsobenie stresorov môže viesť k postupnej strate motivácie, fyzickému a psychickému vyčerpaniu, čo sa prejavuje odchodom sestier z nemocníc i zo zdravotníctva a hľadaním uplatnenia v iných, ľahších a výnosnejších zamestnaniach. Identifikácia faktorov, ktoré sú zdrojom psychosociálnej záťaže sestier je prvým krokom riešenia súčasnej situácie. Pre odstránenie alebo aspoň minimalizáciu dôsledkov psychosociálnej záťaže je potrebné zabezpečiť primerané pracovné zaťaženie, dostatok personálu, primerané prístrojové a technické vybavenie pracovísk, dodržiavanie vymedzených kompetencií a dostatočný čas na regeneráciu fyzických i psychických síl.

Použitá literatúra

- [1] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. 2003. *Speciální psychologie*. 4. Vydání. Brno : NCO NZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4
- [2] FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4
- [3] GAŽIOVÁ, M. 2004. Syndróm vyhorenia u sestier. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 3, s. 44-45.
- [4] HANZLÍKOVÁ, A., KOVÁŘOVÁ, M., HASSELHORN, H. M. 2004. Štúdiá NEXT na Slovensku. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 9, s. 4-5.

- [5] JOBÁNKOVÁ, M. et al. 2004. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. Vydání Brno : NCO NZO, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. Vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5

Adresy autorov

PhDr. Emília Miklovičová, PhD.
FOaZOŠ SZU
Limbová 14
833 03 Bratislava, Slovenská republika
e-mail: emilia.miklovicova@szu.sk

doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD., MPH
VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, TnUAD, Fakulta zdravotníctva, Trenčín
Slovenská republika
e-mail: jarpot@centrum.sk

POSUDZOVANIE NAJČASTEJŠÍCH POTRIEB TERMINÁLNE CHORÉHO PACIENTA

Mariana Mišinová, Katarína Gerlichová, Iveta Matišáková

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Abstrakt

Podstatou poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti nevyliciteľne chorým a zomierajúcim je holistický pohľad na prijímateľa tejto starostlivosti. Paliatívna starostlivosť nerieši odstránenie príčiny problému ale je zameraná na tzv. symptómový manažment, čo znamená snahu o čo najefektívnejšie zvládnutie dôsledkov nevyliciteľného ochorenia. Príspevok sa venuje prezentácii posúdenia najčastejších symptómov, vyskytujúcich sa v terminálnom štádiu a možnosti využitia posudzovacích škál.

Kľúčové slová

Najčastejšie symptómy. Posúdenie sestrou. Posudzovacie škály.

ASSESSING THE NEEDS OF MOST TERMINALLY ILL PATIENT

Abstract

The essence of the provision of comprehensive nursing terminally ill and dying is a holistic view of the care recipient. Palliative care does not solve the problem of removing the cause but is focused on so-called. symptom management, what it means to be the most efficient way of managing the consequences of incurable disease. The article discusses the presentation of the assessment most common symptom, occurring in the terminal stage and potential uses of the assessment scales.

Key words

The most common symptoms. Assessment sister. Assessment scale.

Úvod

Po biologickej stránke sa sestra musí u terminálne chorého pacienta postarať najmä o nasledujúcich päť najčastejších symptómov s prihliadnutím na špecifiká terminálneho stavu: bolesť, nechutenstvo, zápcha, slabosť a dýchavičnosť (Potter et al., 2003).

Medzi ďalšie často sa vyskytujúce príznaky patrí: únava, kachexia, kašeľ, nauzea a zvracanie, poruchy prehĺtania, zmena chuti, štikútky, sucho v ústach, edémy, potenie, pruritus, parestézie, úzkosť, depresie, delírium (Miyashita et al., 2010, Kirkova 2010).

Potreba odstraňovania bolesti

Bolesti musíme venovať osobitnú pozornosť, pretože je jedným z najcharakteristickejších symptómov terminálne chorých. Je to zvyčajne bolesť chronická a trvalá a jej intenzita sa počas dňa mení.

Viac ako 30% novodiagnostikovaných onkologických pacientov, 40% onkologických pacientov podstupujúcich liečbu a 90% týchto pacientov v terminálnom štádiu trpí neznesiteľnou bolesťou (O'Connor, Aranda, 2005).

Posúdenie bolesti:

Prvým krokom ošetrovateľskej starostlivosti je posúdenie bolesti (lokalizácia, druh, intenzita, kvalita, časový faktor, hodnotenie behaviorálnych prejavov bolesti). Vzhľadom na to, že tento problém je najčastejší a výrazne zvyšujúci mieru distresu, je potrebné jeho podrobné a dostatočné posúdenie.

Pre manažment posúdenia bolesti môžeme použiť odporúčanú schému, napr. „ABCDE postup“, kde názov v sebe nesie prvé písmená anglických slov:

- A (ask) - pýtať sa na bolesť pravidelne, hodnotiť ju sústavne a systematicky
- B (believe) - veriť pacientovi a jeho rodine, ich popisu bolesti a prostriedkov jej tlmenia
- C (choose) – vyberať možnosti zvládania bolesti podľa požiadaviek pacienta, jeho blízkych a podmienok zdravotníckeho zariadenia
- D (deliver) - podávať lieky včas, koordinovať ich podanie s ostatnými liečebnými možnosťami
- E (empower, enable) – podporovať pacienta a jeho rodinu, umožniť ich zapojenie do rozhodovania o ovplyvnení bolesti (Ferrell et al., 2006)

Určenie kvantitatívnej stránky bolestivého vnemu je zložitá úloha, pre objektivizáciu tohoto subjektívneho pocitu sa často využívajú rôzne typy škál. Medzi najčastejšie používané kategórie škál patria:

- vizuálna analógová škála bolesti, kde pacient označí na pravítke bolesti polohu svojho pocitu na úsečke od „žiadna bolesť“ po „neznesiteľná, najväčšia bolesť, akú si vie pacient predstaviť“
- numerická škála, pri ktorej pacient priradí svojmu pocitu „veľkosti“ bolesti číslo podľa určeného rozsahu, často sa používa škála od 0 do 10, prípadne od 0 do 100; tieto dve kategórie sa často používajú aj ako kombinácia (na úsečke pacient vyberie príslušnú číselnú hodnotu, vyjadrujúcu kvantitu bolesti)
- verbálna škála, hodnotiaca bolesť podľa ponúknutých slovných vyjadrení (napr. žiadna – mierna – stredná – silná – neznesiteľná).

Pre hodnotenie kvality pocitu bolesti pacient používa slovné vyjadrenie, v prípade potreby mu môžeme ponúknuť paletu charakteristík (napr. páľivá, pulzujúca, vystreľujúca, bodavá, zvieravá, rezavá, tupá, trhavá, tlaková...)

Ďalej pri hodnotení pacientovej bolesti zisťujeme lokalizáciu a vyžarovanie, nástup a dĺžku trvania, frekvenciu výskytu, prípadne obdobia bez bolesti a všímame si aj neverbálne prejavy, svedčiace o prežívaní bolesti.

Existujú aj hodnotiace nástroje, posudzujúce bolesť vo viacerých rozmeroch naraz. Možno použiť dotazník Brief Pain Inventory, prípadne pri chronickej nenádorovej bolesti McGillov dotazník bolesti.

Po posúdení pacientovho stavu sestra u veľkej časti pacientov v hospicovej starostlivosti stanovuje ošetrovateľskú diagnózu „Bolesť, súvisiaca s prebiehajúcim ochorením“, častokrát s prívlastkom chronická bolesť. Reálnym cieľom starostlivosti sestry vzhľadom na stav pacienta je zmiernenie bolesti na čo najmenšiu mieru, odstrániť bolesť úplne sa zvyčajne nepodarí natrvalo. Snažíme sa zamerať manažment činností v súlade so zásadou hospicovej starostlivosti – aby pacient netrpel neznesiteľnou bolesťou.

Proti bolesti bojujeme šetrnou starostlivosťou, podávaním liekov podľa ordinácie lekára a v prípade možnosti môžeme vyskúšať pôsobenie nefarmakologických metód ovplyvnenia bolesti (masáž, aplikácia tepla alebo chladu, elektroliečba, laseroterapia, magnetoterapia, psychologické postupy). Vylúčime všetky vonkajšie podnety vyvolávajúce alebo zhoršujúce bolesť: hluk, silné svetlo, hlasný rozhovor, nadmerná teplota v miestnosti, nedostatok čerstvého vzduchu, zlá poloha v posteli.

Základným predpokladom eliminácie bolesti terminálne chorého pacienta je ordinácia vhodnej analgetickej liečby. Spolupráca algeziológa s onkológom, inými špecialistami a praktickým lekárom má stále rezervy. Pri správnych intervenciách môže pacient žiť s kontrolovanou bolesťou a rodina v lepšej pohode. Veľmi dôležitá je preto edukačná činnosť najmä mimo hospicového tímu v širokej verejnosti (Fabuš, 2008).

Potreba príjmu potravy a tekutín

Podávaním výživy a tekutín sa obvykle snažíme zaistiť fyzickú pohodu pacienta. Prijímaná potrava v tomto období musí byť upravená svojim zložením, množstvom a technológiou prípravy. U pacientov sa malnutrícia vyskytuje u 51% v pokročilom štádiu, u 80% v terminálnej fáze ochorenia. (O'Connor, Aranda, 2005).

Subjektívne pacienti udávajú pocit nechutenstva (anorexie) a objektívne pozorujeme chorobné vychudnutie pacienta (kachexiu).

Anorexiu a kachexiu v paliatívnej starostlivosti spôsobujú:

- pokročilé a progredujúce nádorové ochorenie
- opakovaná chemoterapia
- rádioterapia zameraná no tráviaci systém
- AIDS, chronické infekcie
- systémové zápalové ochorenia (Sláma et al., 2007).

Smoleňová et al. (2008) uvádza ako príčiny malnutricie, anorexie a kachexie okrem uvedených aj:

- dôsledok medikácie (suchosť slizníc, soor...)

- nedostatočná hygiena dutiny ústnej
- prekážky v oblasti ezofagu a žalúdka
- hepatálne lézie, obštipácia a črevné obštrukcie

Posúdenie príjmu potravy a tekutín:

Pri posudzovaní nutričného stavu pacienta sa zameriavame na stav výživy (kachexia), známky dehydratácie (suchá koža a sliznice, znížený turgor kože), t. j. problémy spojené s príjmom potravy aj tekutín.

Ak posudzujeme túto oblasť, snažíme sa získať anamnestické údaje od pacienta, podporných osob, zdravotníckych pracovníkov, zúčastňujúcich sa na starostlivosti o pacienta, zo zdravotnej dokumentácie. Poslúžiť môžu nielen informácie o patologických zmenách, ale i o bežných stravovacích návykoch pacienta, obľúbených a neobľúbených jedlách.

Pri hodnotení výživového stavu sa zameriavame na:

- hodnotenie aktuálnej hmotnosti pacienta
- hodnotenie úbytku hmotnosti
- sledovanie príjmu potravy
- stanovenie rizika podvýživy (Tomíška, 2007)

Posúdením výživovej anamnézy zisťujeme stravovacie návyky pacienta (typický 24 – hod. program stravovania), preferenciu jedál, obmedzenia v stravovaní, príjem tekutín (množstvo druh), príjem vitamínov, minerálov, medikamentóznou liečbu (užívanie liekov v závislosti od jedla, ovplyvnenie chuti do jedla, nežiadúce účinky liekov, vplývajúce na príjem a spracovanie potravy), ale aj sebestačnosť pacienta v terminálnom štádiu pri príprave jedál, schopnosť nakrájať si jedlo, vložiť si potravu do úst, zaujať vhodnú polohu, požiadavky na úpravu konzistencie jedla

Z objektívnych údajov sestra zisťuje BMI, výšku, hmotnosť, môže zmerať kožnú riasu či obvod svalu ramena. Fyzikálnym posúdením hodnotí turgor kože, stav nechťov, vlasov, jazyk a sliznice. Podľa ordinácie lekára odoberá biologický materiál na posúdenie metabolizmu pacienta (hodnoty sérového albumínu, železa, nebielkovinového dusíka, pečeneových testov, krvného obrazu, jonogramu...)

Deficit sebestačnosti pri príjme potravy môžeme sledovať posúdením schopnosti pacienta samostatne prijímať potravu podľa Gordonovej, na posúdenie rizika podvýživy sa využívajú posudzovacie formuláre, vypracované firmami, vyrábajúcimi výživové doplnky (napr. Nutricia, Abbot).

V súvislosti s príjmom potravy a tekutín sestra rieši najčastejšie problém nedostatočného príjmu potravy a tekutín.

Od terminálne chorého pacienta nemôžeme očakávať dlhodobejšie zlepšenie chuti do jedla, nemôžeme ho nútiť, aby prijímal potravu a tekutiny ako za normálnych okolností. V terminálnom štádiu dochádza k zastaveniu prijímania potravy a poruchám prehltnutia z dôvodu vyhasínania vitálnych funkcií, pacient je ohrozený aspiráciou (Smoleňová et al., 2008).

Potreba vylučovania

S výživou súvisia mnohé ťažkosti s vyprázdňovaním u terminálne chorých. Medzi časté problémy pri vyprázdňovaní stolice patria zápcha a hnačka.

Zápcha býva často zapríčinená nedostatočným pohybom, podvýživou, liečivami, metabolickými poruchami, prípadne mechanickou prekážkou v oblasti čreva. Zápche je treba predchádzať. Dôležité je informovať pacienta aj jeho rodinu o význame dostatočnej pohybovej aktivity, dodržiavania optimálneho pitného režimu, prijímania stravy s dostatočným obsahom vlákniny. Ak zápchu očakávame, napr. v súvislosti s liečbou zahrňujúcou opiáty, treba profylakticky podávať laxatíva.

Opioidy potláčajú peristaltiku, zvyšujú tonus vnútorného análneho sfinkteru a znižujú tvorbu hlienu v hrubom čreve. Až 90% terminálne chorých pacientov pri liečbe opioidmi vyžaduje podávanie laxatív (Vorlíček et al., 2004).

Hnačka vzniká po celkovej liečbe (napr. chemoterapia, radiačná terapia), prípadne je výsledkom črevnej dysmikróbie po antibiotickej liečbe. Jej príčinou môžu byť aj psychogénne faktory.

Hnačky sú problematickejšie ako zápcha. Pri hnačke má človek veľmi obmedzenú kontrolu pohybu stolice, čo môže byť okrem fyzickej traumy aj trauma psychická.

Je potrebné u pacientov zvýšiť prísun tekutín a elektrolytov, zo stravy vylúčiť potraviny bohaté na vlákninu a tuky, potraviny vyvolávajúce plynatosť, extrémne horúce alebo studené nápoje, zvýšiť hygienickú starostlivosť o pacienta, redukovať nepriaznivé psychologické faktory.

Vylučovanie moču úzko úvisí s príjmom tekutín terminálne chorého človeka. Cieľom je dosiahnuť adekvátny výdaj moču za 24 hodín, zodpovedajúci príjmu tekutín (Dobříková-Porubčanová et al., 2005). Medzi najčastejšie problémy s vyprázdňovaním moču u pacientov v terminálnom štádiu patrí inkontinencia a retencia moču. V súvislosti so zavedeným permanentným katétrom hrozí riziko vzniku infekcie močových ciest.

Posúdenie vylučovania moču a stolice:

Anamnézou zistíme pri posudzovaní vylučovania moču zvyčajný spôsob močenia, frekvenciu, vzhľad moču, problémy s močením, sebestačnosť pri močení, pri posudzovaní vylučovania stolice zaužívané defekačné návyky, frekvenciu, vznik potreby defekácie, konzistenciu, množstvo, farbu, zápach stolice.

Pýtame sa, kedy a ako často sa vyskytujú vyvolávajúce príčiny (vzhľadom na potravu, lieky, chorobu, diagnostické a liečebné výkony), spôsoby riešenia problémov samotným pacientom. Potrebu vyprázdňovania môžu ovplyvniť somatické ťažkosti ale aj emocionálne stavy, do úvahy musíme vziať aj iné potreby, ktoré súvisia s vyprázdňovaním: výživu a príjem tekutín, pohybovú aktivitu.

Pri posudzovaní schopnosti pacienta samostatne sa vyprázdniť môžeme využiť posúdenie sebestačnosti Barthelovým testom.

Fyzikálnym vyšetrením pri vylučovaní moču posúdime množstvo, farbu, zápach, čírosť, spenenie, mernú hmotnosť, vyšetrenie moču diagnostickými prúžkami. Je potrebné sledovať a zaznamenávať príjem a výdaj tekutín, farbu, turgor kože, prítomnosť edémov.

Fyzikálnym vyšetrením pri vylučovaní stolice posúdime jej množstvo, tvar, konzistenciu, farbu, zápach, prímеси. Typy stolice podľa vzhľadu môžeme zaradiť podľa Bristolskej škály do typu 1 až 7. Fyzikálne vyšetrenie môžeme doplniť palpáciou brucha.

Odber na laboratórne vyšetrenie zahŕňa najčastejšie pri vylučovaní moču biochemické vyšetrenie kvalitatívne na prímеси v moči, vyšetrenie močového sedimentu, bakteriologické vyšetrenie, funkčné vyšetrenia obličiek; pri vylučovaní stolice odber stolice na mikrobiologické vyšetrenie, biochemické vyšetrenie (napr. okultné krvácanie).

Vylučovanie moču a stolice je za normálnych okolností u dospelého človeka veľmi intímnu záležitosťou, dlhodobá až trvalá potreba pomoci či prítomnosť iného človeka pri vykonávaní týchto potrieb si vyžaduje citlivý prístup zdravotníckeho pracovníka. Pre pacienta sa uspokojovanie tejto potreby za zmenených podmienok môže spájať aj s psychickou traumou, čo naďalej problém zhoršuje.

Potreba dýchania

Terminálny stav pacienta často sprevádzajú problémy s dýchaním, najmä pocit dušnosti, ktorý je subjektívne veľmi zle pacientom znášaný. Vyskytuje sa taktiež kašeľ, ktorý pacienta vysiluje a bráni vykonávaniu bežných denných aktivít a dostatočnému odpočinku a spánku.

Dušnosť (dyspnoe) je definovaná ako subjektívny pocit nedostatku vzduchu, vznikajúci u pacienta s pokročilým ochorením. Požiadavky na dodávku kyslíka sú vyššie ako je organizmus schopný zabezpečiť (Vorlíček et al., 2004).

Posúdenie dýchania:

Už v definícii dušnosti sa uvádza, že je to pocit subjektívny, pri posúdení sa snažíme o doplnenie objektívnych charakteristík kvantity či kvality tohto pocitu. Na jej posudzovanie málokedy používame hodnotiace škály, pacient sa skôr snaží opisne vysvetliť tento pocit. Kašeľ je charakterizovaný ako nárazový výdych, obranný mechanizmus.

Anamnézou zisťujeme výskyt predchádzajúcich ochorení, ovplyvňujúcich dýchanie (alergia, astma, bronchitída, TBC, kardiovaskulárne ochorenia, anémia), faktory životného štýlu (fajčenie, alkohol, stravovacie návyky, hmotnosť, pohybová aktivita), užívané lieky, ovplyvňujúce dýchanie antitusiká, expektoranciá, bronchodilatanciá, mukolytiká, antipyretiká, antibiotiká, chemoterapeutiká, lieky ovplyvňujúce činnosť srdca a krvný tlak, narkotiká). Pátrame po faktoroch, ktoré zhoršujú či v minulosti zhoršovali kvalitu dýchania v domácom a pracovnom prostredí (cigaretový dym, prach, uhlie, azbest, chemické látky).

Terajší stav dýchania pacient opisuje z pohľadu zmien v dýchaní, prítomnosti kašľa, bolesti na hrudníku, aj s prípadným výskytom pocitu krátkeho dychu, palpitácií, závratu, vykašliavania spúta.

Fyzikálne vyšetrenie sestrou sa skladá z posúdenia frekvencie, kvality, pravidelnosti dýchania, prítomnosti dýchacích šelestov, kašľa.

Inšpekciou zistujeme tvar hrudníka, sťahovanie podklúčnych jamiiek, alárne dýchanie, prácu medzirebrových svalov, farbu kože, výraz tváre, frekvenciu dýchania, prítomnosť spúta, cyanózu, auskultáciou chrapot, stridor, kašeľ, sťažené dýchanie.

Podľa ordinácie lekára sestra zabezpečí doplnenie posúdenia na základe diagnostických vyšetrení spúta, výterov, odberov krvi, rtg, endoskopie spirometrie.

U terminálne chorého pacienta najmä vo fáze umierania zistujeme často Cheyne-Stokesovo dýchanie - plytké dýchanie sa postupne prehĺbuje a potom opäť stáva plytkým až s apnoickými pauzami s nepravidelnými opakovaniami tohto cyklu.

Sestra u terminálne chorého pacienta pri potrebe dýchania zameriava svoje činnosti na zmiernenie dýchavičnosti, neúčinného čistenia dýchacích ciest či eliminovanie kašľa.

Potreba spánku a odpočinku

Pri obnove psychických a fyzických síl terminálne chorých zohráva dôležitú úlohu dostatok odpočinku a spánku. Spánok je ovplyvňovaný množstvom faktorov ako napr. biologicko-fyziologické faktory (choroba, bolesť, zmena spôsobu života), psychicko-duchovné faktory (úzkosť, strach, strata zmyslu života), socio-kultúrne faktory (medziľudské vzťahy), faktory prostredia.

Posúdenie potreby spánku:

Pre posúdenie kvality spánku je potrebné získať anamnézu spánku rozhovorom s pacientom alebo príbuznými. Zistujeme typ spánku, dĺžku spánku a bdenia, kvalitu, spánok počas dňa, zvyky, rituály pred spaním, prostredie, v ktorom pacient bežne spal či odpočíval. Taktiež sa pýtame, či pacient v predchádzajúcom období používal lieky na spanie. Snažíme sa o charakteristiku súčasných zmien a ťažkostí.

Fyzikálnym vyšetrením zistíme výraz tváre, znaky nedostatku spánku, správanie pacienta, energetickú úroveň.

Narušený spánok a odpočinok u pacienta v terminálnom štádiu môže mať rôzne podoby ako nespavosť, časté prebúdzanie či intolerancia aktivity.

Chorý v terminálnom štádiu býva zväčša slabý, preto môže mať zvýšenú potrebu odpočinku a spánku. Naopak môže trpieť nespavosťou, ktorá môže mať viac príčin napr. bolesť, psychika, lieky. Výsledkom spánkových porúch je deprivácia spánku. Prejavuje sa neprimeranými reakciami pacienta na podnety (plačom, hnevom, zlosťou, nepokojom, neochotou spolupracovať, mlčanlivosťou, vyššou citlivosťou na bolesť, emočnou labilitou), ktoré môžu vyústiť do depresie. Významnou príčinou porúch spánku u terminálne chorého pacienta môže byť už spomínaná úzkosť či strata zmyslu života.

Potreba polohy a pohybovej aktivity

Pohybová aktivita (mobilita) vplýva na sebaúctu človeka a sebaúcta závisí od pocitu samostatnosti, užitočnosti, potrebnosti a existencie. Človek s poruchou mobility môže mať pocit bezmocnosti, závislosti, odkázanosti na iných. Neschopnosť fyzického pohybu

v terminálnej fáze ochorenia sprevádza celý rad telesných, somatických a psychosociálnych zmien.

Posúdenie potreby polohy a pohybovej aktivity:

Schopnosť pohybu je základným predpokladom pre posudzovanie a hodnotenie úrovne starostlivosti o seba a sebestačnosti.

Anamnézou posudzujeme aktuálny zdravotný stav pacienta, prekonané ochorenia, ktoré by mohli ovplyvniť schopnosť pohybu (degeneratívne, vrodené, metabolické), pohybové obmedzenia a ich dopad na vykonávanie denných činností (hygiena, vyprázdňovanie, príjem potravy ...) Pátrame po faktoroch, ovplyvňujúcich pohybovú schopnosť, ako sú bolesť, lieky ovplyvňujúce vnímanie či prítomnosť kostných metastáz.

Fyzikálnym vyšetrením zistíme schopnosť držania tela - v stoji, v sede, v ľahu; stav kostrovo-svalového systému, stav svalstva – veľkosť, symetriu, svalovú atrofiu, kontraktúry, tremor, rozsah pohybu v kĺboch. V prípade výskytu zaznamenávame viditeľné príznaky ostatných komplikácií z imobility (najmä vznik dekubitov). Na posúdenie schopnosti pohybu pre vykonávanie denných aktivít využívame Barthelov test, prípadne posúdenie IADL u pacientov v lepšom stave v domácej starostlivosti.

Najčastejšie riešené problémy v tejto oblasti sú obmedzená pohyblivosť, deficit starostlivosti o seba v aktivitách denného života, riziko vzniku komplikácií z imobility.

Dôležité je čo najdlhšie udržať schopnosť aktívneho pohybu a primeranej fyzickej kondície. Pri vykonávaní jednotlivých aktivít pacient využíva vlastný zvyškový potenciál pohybovej aktivity s využitím kompenzačných pomôcok. Hrazdičky, rebríčky a iné oporné pomôcky sú dôležité pre tých klientov, ktoré si nimi ešte môžu sami pomôcť. Ak to už nejde, poskytnite pomoc ošetrojúci personál. Pri neschopnosti fyzického pohybu v rozvinutom štádiu ochorenia je prioritné polohovanie a prevencia komplikácií z imobility.

Záver

Ak sestra posudzuje problém pacienta, zameriava sa nielen na prítomnosť symptómu, jeho intenzitu, frekvenciu, dĺžku trvania, ale aj na distress, ktorý pacientovi spôsobuje. Distres výrazne zhoršuje kvalitu života človeka a schopnosť vykonávania bežných denných aktivít. Ak chce sestra hodnotiť jeho mieru, zameriavame sa na otázky:

- aký zmysel vidia pacient a jeho blízki v symptóme
- ako ovplyvňuje symptóm bežný život pacientov
- aké spôsobuje obavy a utrpenie (O'Connor, Aranda, 2005).

Dôkladné a komplexné posúdenie je prvým predpokladom čo najlepšieho naplánovania a realizovania intervencií sestry so zameraním na dosiahnutie najvyššieho možného komfortu pacienta. Posudzovacie škály prispievajú ku kvalite posúdenia zdravotného stavu pacienta, pri niektorých potrebách ich existenci absentuje.

Použitá literatúra:

- [1] DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7
- [2] FABUŠ, S. 2008. Lekár a terminálne chorý v algeziologickej ambulancii. In *Povolania v hospicovej starostlivosti: Vedecké a odborné príspevky z II. Medzinárodnej konferencie pracovníkov v hospicovej starostlivosti*. Martin: Hospice, občianske združenie, 2008. s. 35 – 41. ISBN 978-80-970088-1-9
- [3] FERRELL, B. et al. 2006 *Textbook of Palliative Nursing*. Oxford: University Press, 2006. 1246 p. ISBN 13:978-0-19-517549-3
- [4] KIRKOVA, J. et al. 2010. Symptom severity and distress in advanced cancer. In *Palliative medicine*. 2010, Vol. 24, No. 3, p. 330 – 339.
- [5] MIYASHITA, M. et al. 2010. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: a hospital-based palliative care team setting. In *European Journal of Cancer care*. 2010. Vol. 19, No. 4, p. 124 – 130
- [6] O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
- [7] POTTER, J. et al. 2003. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. In *Palliative medicine*. 2003 Vol. 17, No. 6, p. 310 – 314
- [8] SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., et al. 2007. *Paliatívni medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- [9] SMOLEŇOVÁ, L. et al. 2008. *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Typi Universitas Tyrnaviensis, 2008. 98 s. ISBN 978-80-8082-197-5
- [10] TOMÍŠKA, M. 2007. Co můžeme udělat pro výživu pacienta s nádorovým onemocněním? In *Onkologická péče*. ISSN 1802-7407. 2007, roč. 11, č. 3, s. 17 – 19
- [11] VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. 2004. *Paliatívni medicína*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7

Kontaktná adresa

PhDr. Mariana Mišinová
FZ TnUAD v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
e-mail: mariana.misinova@tnuni.sk

ÚLOHA PÔRODNEJ ASISTENTKY V PODPORE DOJČENIA

Eva Moraučíková

Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, Ružomberok

Abstrakt

Presadzovaním, podporou a ochranou dojčenia by sa mali v súčasnom modernom pôrodníctve zaoberať najmä pôrodné asistentky. Všetky role pôrodnej asistentky v oblasti podpory dojčenia by mali vychádzať z potrieb dojčiacej ženy a jej dieťaťa. Autorka v príspevku, prezentuje výsledky dotazníkového prieskumu, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť informovanosť žien o problematike dojčenia a ich postoj k dojčeniu.

Kľúčové slová

Dojčenie. Životospráva dojčiacej ženy. Pôrodná asistentka.

THE ROLE OF MIDWIVES IN SUPPORT FOR BREASTFEEDING

Abstract

Promoting, supporting and protecting breastfeeding belong among the main role particularly of midwives, in modern obstetrics, nowadays. All the role of midwives in promoting breastfeeding should be based on the needs of breastfeeding women and their children. The author presents the results of the questionnaire survey, whose main object was to determine awareness of breastfeeding women and their attitude towards breastfeeding.

Key words

Breastfeeding. Regimen of nursing women. Midwife.

Dobry štart do života každého dieťaťa zabezpečuje dojčenie. Kadučáková (2008) v tejto súvislosti uvádza, že: „dojčenie je prirodzený životný proces, ktorý je viac ako obyčajné kŕmenie a materské mlieko je viac ako obyčajná potrava. V prvých mesiacoch života je nenahraditeľnou a najbezpečnejšou výživou pre každé dieťa.“ Z tohto dôvodu pôrodná asistentka pri podpore dojčenia zastáva celý systém spoločenských rolí v oblastiach: ošetrovateľsko- opatrovateľskej, expresívnej, výchovnej, inštrumentálnej (technickej), poradenskej, podpory a výchovy ku zdraviu (prevencia), organizačnej a administratívnej. Pôrodná asistentka vychádza z potrieb dojčiacej matky a dieťaťa. Má schopnosť zabezpečiť matke a dieťaťu pocit istoty, je emocionálne neutrálna, vie správne reagovať na požiadavky matky a dieťaťa pri podpore dojčenia.

Najčastejšie role pôrodnej asistentky pri podpore dojčenia:

- Poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti – poskytuje dojčiacim matkám a ich deťom kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť podľa najnovších vedeckých poznatkov, uspokojuje bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby dojčiacich matiek a detí.

- Manažérka – organizuje, riadi a kontroluje činnosti zamerané na dosiahnutie cieľa – podpora a presadzovanie dojčenia. Pôsobí v riadení a organizácii na rôznych úrovniach, plní úlohy manažérky ošetrovateľskej starostlivosti manažovaním ošetrovateľského procesu so zameraním na dojčiacie matky a ich deti. Poveruje ošetrovateľskými úkonmi iných zdravotníckych pracovníkov a pomocné sily pri ochrane, presadzovaní a podpore dojčenia, dohliada na činnosť pracovníkov a vyhodnocuje ju.
- Nositeľka zmien – napomáha dojčiacim matkám rozhodnúť sa pre zmenu a uskutočniť ju. Je sebakritická a kritická k iným pri práci s dojčiacimi matkami a ich deťmi. Je schopná podstúpiť riziko pri zavádzaní nových postupov v dojčení a pri presadzovaní dojčenia v praxi.
- Edukátorka – edukačná rola je mnohostranne zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jedinca i skupiny v záujme podpory dojčenia. Edukáciou zabezpečí získanie nových vedomostí, zmenu postojov, správania a získanie nových zručností pri dojčení.
- Advokátka – tlmočí a vysvetľuje práva dojčiacich matiek, akceptuje slobodnú voľbu rozhodnutia dojčiacich matiek. Je obhajkyňou matiek a ich detí, prezentuje ich práva, tlmočí názory a požiadavky dojčiacich matiek.
- Výskumníčka – je zárukou kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti o dojčiacie matky a ich deti, prináša nové vedecké poznatky, predpokladá však primerané vzdelanie.
- Mentorka – pri dohľade nad študentmi pôrodnej asistencie využíva pedagogickú a klinickú spôsobilosť súčasťou ktorej je odovzdávanie vedomostí o podpore dojčenia v klinickej a komunitnej praxi (Farkašová, 2005).

Ako uvádza Kadučáková (2008) pre obnovenie kultúry dojčenia je dôležitá dostatočná informovanosť, edukácia a komunikácia. Rodičia majú právo na úplnú a správnu informáciu o optimálnej výžive dieťaťa. V praxi je nevyhnutné poradenstvo s osobným kontaktom (face to face), ktoré má byť poskytované erudovanými zdravotníckymi pracovníkmi, poradkyňami dojčenia a podpornými skupinami matiek.

Ciele prieskumu

1. Zistiť postoj matiek/šestonedieľok k dojčeniu.
2. Zistiť úroveň informovanosti o zásadách životosprávy počas dojčenia.

Súbor a metodika

Na získanie údajov bola použitá empirickú metóda- dotazník. Dotazníky boli distribuované 250 matkám/šestonedieľkam (návratnosť 72,8 %). Prieskum bol realizovaný v Ústrednej vojenskej nemocnici v Ružomberku, Kysuckej nemocnici s poliklinikou v Čadci, vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne, v Nemocnici s poliklinikou v Myjave a v Bánovciach nad Bebravou počas mesiacov marec a apríl 2009.

Tabuľka 1 *Vekové zloženie respondentiek- matky/šestonedielky*

Možnosť odpovede	N	%
18 – 28 rokov	113	62
29 – 35 rokov	61	34
36 a viac	8	4
N	182	100

Tabuľka 2 *Počet detí respondentiek- matky/šestonedielky*

Možnosť odpovede	N	%
1 dieťa	83	46
2 deti	73	40
3 deti	19	10
4 deti	2	1
5 detí	3	2
6 detí	2	1
N	182	100

Tabuľka 3 *Miesto bydliska respondentiek- matky/šestonedielky*

Možnosť odpovede	N	%
Mesto	87	48
Dedina	95	52
N	182	100

Tabuľka 4 *Vzdelanie respondentiek- matky/šestonedielky*

Možnosť odpovede	N	%
Základné	11	6
Stredoškolské bez maturity	34	19
Stredoškolské s maturitou	100	55
Vysokoškolské	37	20
N	182	100

Výsledky

Tabuľka 5 *Dôležitosť dojčenia podľa respondentiek (otázka s viacnásobnou odpoveďou)*

Možnosť odpovede	N	%
V materskom mlieku sú výživné látky, vitamíny, protilátky	27	42
Citové puto	26	41
Imunita	22	34
Ekonomická výhoda	16	25
Zdravé dieťa	15	23
Vždy dostupné	13	20
Správna teplota	13	20
Pohodlie	12	19
Antialergénosť	7	11
Je sterilné	4	6
Ľahko stráviteľné	4	6
Stimulácia maternice	3	5
Prirodzená výživa	2	3
Zvyšuje sa IQ dieťaťa	1	2

Tabuľka 6 *Predpokladaná dĺžka dojčenia u prvorodičiek*

Možnosť odpovede	N	%
Aspoň pol roka	35	43
1 rok	36	44
2 roky	6	7
Viac ako 2 roky	5	6
N	82	100

Tabuľka 7 *Dĺžka dojčenia predchádzajúceho dieťaťa u viacrodičiek*

Možnosť odpovede	N	%
Pol roka	51	51
1 rok	33	33
2 roky	9	9
Viac ako 2 roky	7	7
N	100	100

Tabuľka 8 *Prvé priloženie dieťaťa k prsníku po pôrode*

Možnosť odpovede	N	%
Bezprostredne po pôrode	45	25
Do pol hodiny po pôrode	43	23
Do 1 hodiny po pôrode	14	8
Do 2 hodín po pôrode	2	1
Neskôr ako 2 hodiny po pôrode	78	43
N	182	100

Tabuľka 9 *Edukácia o vhodnej strave počas dojčenia*

Možnosť odpovede	N	%
Áno	107	59
Nie	75	41
N	182	100

Tabuľka 10 *Edukácia o starostlivosti o prsníky počas dojčenia*

Možnosť odpovede	N	%
Áno	139	76
Nie	43	24
N	182	100

Tabuľka 11 *Informovanie o možných polohách pri dojčení*

Možnosť odpovede	N	%
Áno	96	53
Nie	86	47
N	182	100

Metódou kategoriálnej analýzy sme u matiek skúmali vzťah medzi informovanosťou o správnom postupe počas a po tehotenstve, respektíve pôrode a bydliskom, s výsledkom $X^2=13,130$, $p<0,001$. V tomto prípade bol zistený štatisticky významný rozdiel na hladine pravdepodobnosti $p<0,001$ → ženy, ktoré bývajú v meste sú viac informované o správnom postupe počas a po tehotenstve, respektíve pôrode ako ženy, ktoré bývajú na dedine. Následne bol skúmaný vzťah informovanosti a vzdelania matiek, kde $X^2=0,199$, $p<0,05$, potom vzťah medzi informovanosťou a počtom detí, kde $X^2=0,284$, $p<0,05$ a napokon vzťah informovanosti a veku, s výsledkom $X^2=0,05$, $p<0,05$. Ďalej bol skúmaný vzťah medzi ťažkosťami s prsníkmi, respektíve dojčením a bydliskom, s výsledkom $X^2=0,126$, $p<0,05$,

následne vzťah ťažkostí a vzdelania, kde $X^2=1,481$, $p<0,05$, potom vzťah ťažkostí a počtu detí, kde $X^2=2,309$, $p<0,05$ a napokon vzťah ťažkostí a veku matiek s výsledkom $X^2=0,033$, $p<0,05$. V týchto vyššie uvedených prípadoch neboli zistené štatisticky významné rozdiely.

Diskusia

Problémom č. 1 bolo zistiť, postoj matiek k dojčeniu. Matky odpovedali na otázky týkajúce sa prvého priloženie dieťaťa k prsníku, dĺžku dojčenia a na otázku vplyvu dojčenia na matku a dieťa. Nakao, Moji, Honda, Oishi (2008) realizovali dotazníkový výskum s cieľom poukázať na vzťah prvého priloženia k prsníku a dĺžku dojčenia. Z analýzy vyplynulo, že podiel matiek, ktoré dojčia svoje dieťa v dĺžke štyri mesiace, bol signifikantne vyšší u tých, ktoré svoje dieťa začali dojčiť do 120 minút po pôrode v porovnaní s viac ako 120 minút, ale nebol zistený štatisticky významný výsledok u tých, ktoré začali dojčiť do 30 minút po pôrode v porovnaní s tými, ktoré začali dojčiť po 30 minútach. Boledovičová (2006) uvádza, že WHO a UNICEF už mnoho rokov zdôrazňujú dôležitosť zachovania a obnovenia dojčenia ako najlepšej cesty na zlepšenie výživy a zdravia detí.

Problém č. 2 sa týkal informovanosti matiek/šestonedielok o dojčení. Väčšina respondentiek bola o problematike dojčenia počas hospitalizácie na oddelení šestonedelia informovaná (starostlivosť o prsníky, vhodná strava) zo strany pôrodných asistentiek. Zarážajúce je zistenie, že skoro polovica respondentiek (47 %) nedostala informáciu o možných polohách pri dojčení. Pri probléme č. 2 sme zistili štatisticky významný rozdiel na hladine pravdepodobnosti $p < 0,001$, ktorý sa týkal skutočnosti, že matky bývajúce v meste sú viac informované o správnom postupe počas a po tehotenstve, respektíve pôrode ako matky, ktoré bývajú na dedine. Klimová a kol. (1998) uvádza, že problémy pri dojčení nie sú časté, pokiaľ sa dodržiavajú správne a prirodzené režimové opatrenia a dieťa i matka sa od začiatku naučia správnu techniku dojčenia. K zlyhaniu laktácie však môže prispieť aj neodborné správanie zdravotníckeho personálu. Simočková (2002) uvádza, že pre úspešný začiatok a rozvinutie dojčenia je potrebná všestranná pomoc zdravotníckych pracovníkov už počas tehotnosti a hneď po pôrode.

Odporúčania pre prax

Na základe výsledkov prieskumu sú navrhnuté nasledujúce opatrenia:

- Zabezpečiť, aby prenatálne kurzy viedli skúsené pôrodné asistentky, ktoré by budúcim matkám poskytli dostatok erudovaných informácií. V súčasnej dobe v Slovenskej republike môže viesť kurz psychofyzickej prípravy laik, ktorý spolupracuje napr. s materským centrom, a častokrát informácie, ktoré žena získa na takomto kurze skôr poškodia ako pomôžu.
- Zaviesť do praxe pracovnú pozíciu pôrodnej asistentky- laktačná poradkyňa, aby laktačné poradenstvo neposkytovali laici. Na každom oddelení šestonedelia, by mala pracovať pôrodná asistentka- edukátorka = laktačná poradkyňa.
- Sprístupniť predpôrodné kurzy väčšiemu počtu tehotných (nie len v mestách ale aj na dedinách). Propagovať realizáciu kurzov prostredníctvom plagátov na nástenkách

pôrodnických oddelení, v gynekologických ambulanciách, v kultúrnych domoch, obecných a mestských úradoch....

- Apelovať na zdravotné poisťovne, aby realizácia kurzu psychofyzickej prípravy bola zaradená do zoznamu výkonov platených z prostriedkov zdravotného poistenia.

Použitá literatúra

- [1] FARKAŠOVÁ, abscesy D. a kol.: *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2005, s. 215, ISBN 80-8063-182-4.
- [2] BOLEDOVIČOVÁ, M. 2006. Úloha sestry pri rozvoji a podpore dojčenia. In *Sestra*. 2006. roč. V, č. 1-2-, s. 33-35, ISSN 1335-9444.
- [3] KADUČÁKOVÁ, H. 2008. Tak a som tu... alebo ako sa o mňa máte správne starať... In *DIAS*. 2008, roč. III, č. 3, s. 14-16. ISSN 1337-6055.
- [4] KLIMOVÁ, A a kol. *Kojení dar pro život*. Praha: Grada. 1998, s. 101, ISBN 80-7169-490-8.
- [5] NAKAO, J. - MOJI, K. - HONDA, S. - OISHI, K. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey. [online]. Dostupné na: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/1&prev=/search%3Fq%3DThe%2Bfirst%2Battachment%2Bof%2Binfant%2Bto%2Bbreast%26hl%3Dsk%26client%3Dfirefox-> . [citované 2.6. 2010].
- [6] SIMOČKOVÁ, V. 2002. Faktory ovplyvňujúce dojčenie. In *Sestra*. 2002, roč. I, č. 7-8, s. 27-29, ISSN 1335-9444.

Adresa autora

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.

Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, Ružomberok

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

EDUKÁCIA POHYBU

Eva Musilová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, Slovenská republika

Abstrakt

Východiská: V poslednom desaťročí narastá počet žien v produktívnom veku s nadváhou až obezitou. Treba poukázať na dôležitosť edukácie zameranej na informácie a vedomosti týkajúce sa výživy a pohybu.

Súbor a metódy: Výberovým súborom bolo 82 žien v produktívnom veku, ktorým bol na základe BMI zistená nadváha až obezita. Prieskum sa uskutočnil dotazníkovou metódou.

Výsledky: Z výsledkov jednoznačne vyplynulo, že chýba edukácia populácie, ktorá by umožnila získať hlbšie informácie o pohybe pri redukcii hmotnosti. Ženy nie sú dostatočne informované o tom, ktoré cvičenia a v akej frekvencii sú najvhodnejšie pre redukciiu hmotnosti. Získané odborné informácie nedokážu využívať v praxi.

Záver: U žien trpiacich nadváhou a obezitou existujú rezervy týkajúce sa vedomostí o zdravom životnom štýle a je dôležité doplniť tieto informácie aby sa mohli aplikovať do každodenného života. Absencia týchto vedomostí sa javí ako faktor, ktorý nepriaznivo ovplyvňuje správanie jednotlivca a vedie k vzniku nadváhy a k incidencii ochorení. Edukácia má nezastupiteľné miesto a dostatočné vedomosti sú základným predpokladom úspešnosti pri redukcii hmotnosti.

Kľúčové slová

Redukcia hmotnosti. Pohyb. Obezita. BMI.

EXERCISE EDUCATION

Abstract

Starting points:The last decade has seen an increase in the amount of women of productive age suffering from being overweight or obese. It is necessary to underline the importance of education focused on information and knowledge relating to nutrition and exercise.

Method:Sample size consisted of 82 women of productive age who have been diagnosed as overweight or obese due to their BMI. Research part was conducted via questionnaire.

Results:Research results clearly demonstrate lack of education that would enable people to understand the role of exercise in weight loss. Women are not sufficiently knowledgeable about which exercises and in which frequency are best for weight loss and cannot implement acquired expert knowledge in everyday life.

Conclusion:Overweight and obese women have significant knowledge reserves when it comes to healthy lifestyle and it is imperative to supplement these information in order to

enable everyday application. The absence of relevant knowledge seems to be a factor contributing to individual's negative behaviour patterns and leads to weight gain and subsequent occurrence of diseases. Education is irreplaceable and sufficient knowledge is a prerequisite to successful weight loss.

Key words

Weight loss. Exercise. Obesity. BMI.

Úvod

Civilizačný vývoj, vedecko-technický rozvoj dnes posúva človeka do polohy pohybovej pasivity, z ktorej rezultujú aj mnohé civilizačné choroby. Mať kvalitné vedomosti o výžive, racionálnom stravovaní a pohybovej aktivite je spolu s celkovou zmenou životného štýlu hlavným krokom k spokojnému životu bez zdravotných problémov. Neoceniteľné je vzbudiť u ľudí ich "pohybové" povedomie a uvedomenie si významného vplyvu pohybovej aktivity na kvalitu nášho života.

Edukácia

Edukácia (educatio, educare) je pojem zahrňujúci vzdelávanie a výchovu. Edukácia vytvára priestor pre osvojenie si nových poznatkov, nadobudnutie zručností, vytváranie si hodnotových, postojoyých, emocionálnych, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie pozitívnej zmeny správania (Magerčiaková, 2007, s. 6-7). Edukácie je každá zmysluplná činnosť, ktorá má svoj priebeh zameraný na cieľ predstavujúci plánované a očakávané zmeny, ktoré musia byť primerané možnostiam a schopnostiam pacienta, jednoznačné a merateľné.

Životný štýl a fyzická aktivita

Rozhodujúcim faktorom, určujúcim nielen kvalitu ale aj dĺžku života je psychosociálny stav spoločnosti a životný štýl občanov. Životný štýl sa mení v priebehu života jednotlivca i rôznych sociálnych skupín. Spôsob života teda určujú životné podmienky, tradície, hodnotová orientácia človeka a je vyjadrením prepojenia objektívnych a subjektívnych aspektov života spoločnosti (Mačkinová, 2011). Ovplyvňuje telesné, mentálne a sociálne chovanie a správanie. Môžeme ho diferencovať napríklad podľa veku, pohlavia, vzdelania, fázy životného cyklu, zdravotného stavu, rodinného stavu, povolania, alebo podľa kultúrnych tradícií, sociálnej štruktúry, ekonomickej a politickej situácie v spoločnosti. Životný štýl v najhlbšom slova zmysle je individuom prebraný spôsob prispôsobenia sa svetu. Zdravý životný štýl nie je len určitý nemenný stav, ale sú to neustále zmeny k lepšiemu. Pravidelná fyzická aktivita pôsobí na ľudský organizmus pozitívne a zlepšuje zdravie a je nevyhnutná na udržanie zdravého tela i ducha (Žiaková, 2010). Pohyb prospieva a preto by mal byť súčasťou osobného životného štýlu.

Cieľ

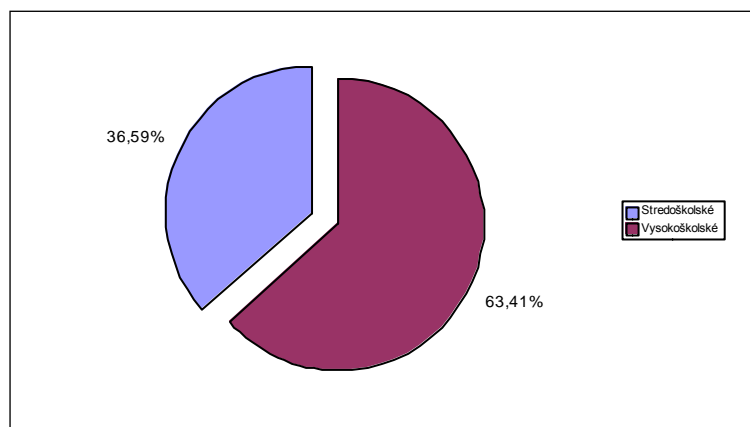
Cieľom prieskumu je zistiť mieru znalostí o dôleživosti pohybu pri redukcii váhy, zmapovať a rozšíriť poznatky o vzťahu medzi telesnou hmotnosťou a vedomosťami o pohybovej aktivite, vplyve telesnej hmotnosti na somatické ukazovatele a na vznik komorbidít.

Súbor a metódy

Sledovaný súbor pozostával z 82 respondentov ženského pohlavia so stredoškolským a vysokoškolským vzdelaním, vo veku 30 - 60 rokov, prevažne z Bratislavy a blízkeho okolia, ktoré trpeli nadváhou alebo obezitou (BMI 25 - 45 kg/m²).

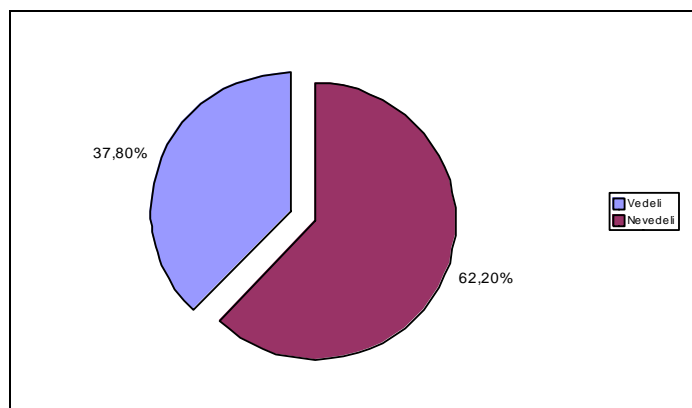
Výsledky

Graf 1: Vzdelanie respondentiek



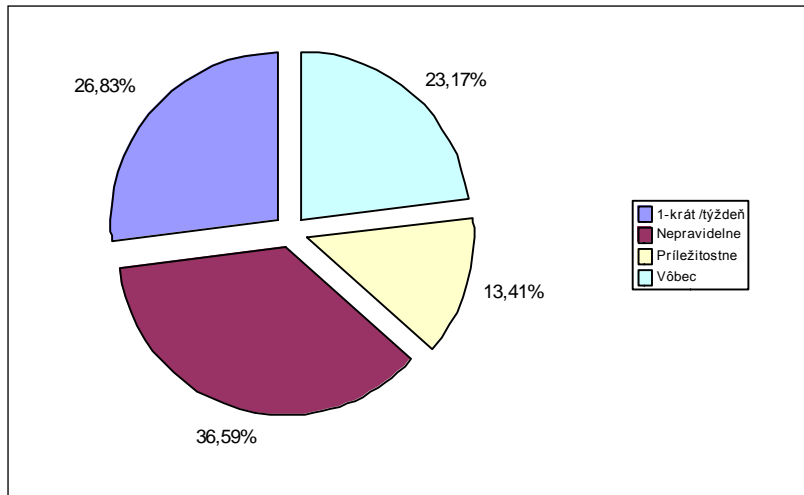
Z opýtaných respondentiek, ktoré trpeli nadváhou alebo obezitou malo 30 (36,59%) stredoškolské a 52 (63,41%) vysokoškolské vzdelanie. (graf 1)

Graf 2: Znalosť obsahu pojmu BMI



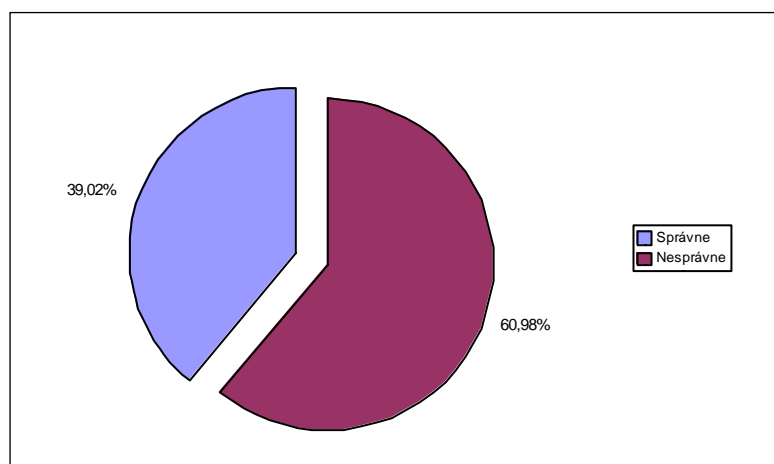
Na otázku, či respondentky vedia čo znamená BMI index, nám 31 (37,80%) z nich uviedlo, že vedia presne čo tento pojem znamená. Až 51 (62,20%) respondentiek nevedelo, alebo si nebolo úplne istých čo presne tento pojem znamená a to aj napriek tomu, že sa už s týmto termínom stretli. (graf 2)

Graf 3: Športovanie



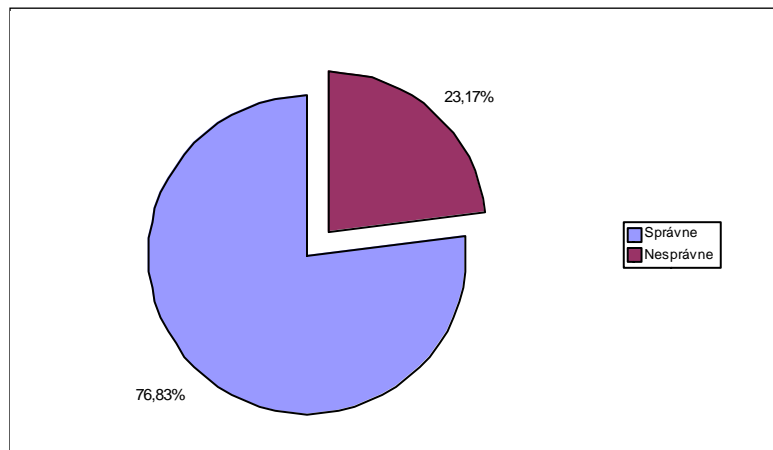
Na otázku športovania 22 respondentiek (26,8%) odpovedalo, že si zašportuje 1-krát týždenne. 30 respondentiek (36,6%) sa nepravidelne zúčastňuje niektorej z foriem športových aktivít. Ako dôvod nepravidelnosti vidia nedostatok voľného času. Jedenásť respondentiek (13,4%) uviedlo, že športuje príležitostne, čím rozumeli skôr sezónne formy športových aktivít (lyžovanie, plávanie) a 19 respondentiek (23,2%) sa priznalo, že nešportujú vôbec. (graf 3)

Graf 4: Frekvencia pohybu



Na otázku pre udržanie dobrého zdravia je vhodné koľkokrát v týždni sa venovať pohybovej aktivite nám že 32 respondentiek (39 %) odpovedalo správne, zatiaľ čo 50 (61 %) respondentiek zodpovedalo túto otázku nesprávne. (graf 4)

Graf 5: Znalosť pohybov vhodných pri redukcii hmotnosti



Z odpovedí respondentiek na otázku či vedia, ktoré pohybové aktivity sú na redukcii hmotnosti najvhodnejšie sme zistili, že 63 z nich (76,8%) vie, ktorý druh pohybovej aktivity je vhodný a ktorý nevhodný a 19 respondentiek (23,2%) nevedelo správne odpovedať.

Diskusia

Podľa údajov WHO celosvetovo trpí nadhmotnosťou 700 miliónov ľudí a ďalších 300 miliónov je obéznych. V Európe je obéznych 10 - 25 % populácie, 50 - 70 % populácie má nadhmotnosť (Baráková, 2006). Výsledky štúdie NHANES III ukazujú, že približne dve tretiny populácie USA trpia nadhmotnosťou a z nich 33 % je obéznych. Je to o 25 % viac ako pred 10 rokmi. Situáciu v Spojených štátoch zhoršuje skutočnosť, že na morbidnú obezitu (BMI nad 40) trpí až 2,5 % populácie. Alarmujúcou skutočnosťou je nárast obezity v mladších vekových kategóriách, čo prognostikuje zhoršenie zdravotného stavu populácie v budúcich desaťročiach.

Pri hodnotení dotazníkov sme hľadali aj súvislosť medzi dosiahnutým vzdelaním a BMI, ale aj BMI a vedomosťami. Potvrdilo sa nám, že respondentky s vysokoškolským vzdelaním majú lepšie vedomosti o pohybovej aktivite, ale pri porovnaní dosiahnutého BMI so vzdelaním sa nám nepodarilo potvrdiť všeobecné tvrdenie, že respondentky s nižším BMI majú obsiahlejšie vedomosti. To znamená, že nemôžeme hľadať priamu závislosť medzi hodnotou BMI a mierou vedomostí respondentiek o pohybe. Z uvedeného vyplýva, že vysokoškolsky vzdelané klientky majú problém s implementáciou svojich vedomostí do praxe. Súvislosť s týmto faktom respondentky najčastejšie komentovali ako zaneprázdnenosť, pracovnú vyťaženosť.

Čo sa týka zníženia a udržania optimálnej hmotnosti je potrebné, aby klient absolvoval systematickú edukáciu, ktorá spočíva nielen v objeme vedomostí, ale i v príkladoch praktického využitia počas redukcie a udržiavania hmotnosti, tzv. vedenie klienta. Týmto spôsobom dochádza k dlhodobej úprave životného štýlu a nejedná sa len o krátkodobé reštrikcie energetického príjmu, ktoré sú sprevádzané jo-jo efektom a ohrozujú zdravie klienta. K riešeniu uvedeného problému prispieva aj edukácia o prevencii metabolického syndrómu, ktorého prevalencia sa zvyšuje u žien v klimaktériu a postmenopauze (Repková 2005, Repková 2006).

Nízka športová aktivita je významne ovplyvňovaná ako telesnou hmotnosťou, tak i aktuálnym zdravotným stavom. Môžeme preto tvrdiť, že s rastúcim BMI sa znižuje čas strávený športovou aktivitou jednak v dôsledku zníženej telesnej zdatnosti a súčasne i v súvislosti s ochoreniami, ktoré si vyžadujú špecifickú úpravu športovej aktivity tak, aby neohrozovali pacienta.

Fyzická aktivita ako súčasť životného štýlu významne redukuje riziko vzniku civilizačných chorôb, oddiali ich rozvoj a rozvinutie komplikácií. Ide o životne dôležitú činnosť, ktorá je základnou podmienkou telesného, ale i duševného zdravia. Podľa Martiníka pravidelné cvičenie spolu s redukciou energetického príjmu je najlepším, najbezpečnejším a ekonomicky najmenej náročným preventívnym a často aj liečebným prostriedkom väčšiny civilizačných ochorení. (Martiník, 2008)

Ako uvádza Blahutková je športová pohybová aktivita vo svojej podstate stimulátorom bio-psycho-sociálnej adaptácie na pohybovú záťaž. (Blahutková a kol. 2005) Prostredníctvom adaptačných mechanizmov dochádza k morfológickým, somatickým, funkčným, psychickým zmenám, k zmene sociálneho chovania a v konečnom dôsledku k zvyšovaniu motorickej výkonnosti, telesnej zdatnosti, formovaniu pohybových zručností.

Záver

Podľa odhadu *Centers for Disease Control* (CDC, USA in Kaplan, et al. 1996) aspoň polovica predčasných úmrtí na svete súvisí so správaním jednotlivcov. To je významne nebezpečný údaj a upozorňuje na nevyhnutnosť klásť veľký dôraz na štúdium a reedukáciu správania jednotlivcov, čo je v konečnom dôsledku v záujme zlepšenia zdravia celého ľudstva.

Našou snahou by malo byť spomalenie pandémie obezity multifaktorovou intervenciou s komplexným prístupom, ktorý zahŕňa včasné a efektívne ovplyvnenie faktorov kardiovaskulárneho rizika. Podľa množstva klinických štúdií sa ako vysokoefektívne javí včasná nefarmakologická intervencia v podobe diéty a fyzickej aktivity. Dôležitá je tiež komplexná edukácia a včasná dispenzarizácia pacientov, čo by malo výrazne zredukovať farmakoekonomické náklady na liečbu. Životný štýl odzrkadľuje rešpektovanie určitých priorít, životných hodnôt. Vo svojich dôsledkoch smeruje k dosahovaniu pocitu osobnej pohody, životnej spokojnosti, pozitívnych emócií, šťastia (Mačkinová, 2011).

Myslíme si, že u každého človeka by mal byť v rámci preventívnych prehliadok stanovený BMI a zmeraný obvod pása a prípadne zahájený príslušný preventívny alebo terapeutický postup. Nutričné poradne by mali byť súčasťou zdravotníckych zariadení. Zvláštna pozornosť by sa mala venovať pacientom so zvýšeným rizikom vzniku obezity (Žiaková a kol., 2010).

Je veľmi dôležité budovať už od detstva vedomie, že človek je sám zodpovedný za svoje zdravie, základom čoho sú správne informácie (Padyšáková, 2008). Tu aj štát má obrovské rezervy. Najjednoduchším a najefektívnejším opatrením by bolo zaviesť zdravú výživu a zdravý životný štýl ako neklasifikovaný povinný predmet už na prvom stupni základných škôl. Naučme naše deti ako vyzerá optimálne správanie so všetkými aspektmi zdravého života (Boledovičová, Padyšáková, 2006) . Preventívne stratégie si vyžadujú koordinované úsilie rodičov, zdravotníkov, učiteľov, politikov, výrobcov a predajcov potravín, reklamných agentúr a médií, ako aj celej širokej verejnosti.

Literatúra

- [1] BARÁKOVÁ, A. - BLAŽÍČEK, P. - NÁMEŠNÁ, J. 2006. Prevalencia Metabolického syndrómu a vybraných rizikových faktorov zdravia v populácii SR. In *Diabetes a obezita*. ISSN 13358383, 2006, roč. 6, č. 12, s. 18-28.
- [2] BLAHUTKOVÁ, M. - ŘEHULKA, E. - DVOŘÁKOVÁ, Š. *Pohyb a duševní zdraví*. 1. vyd. Brno: Paido, 2005. 78 s. ISBN 80-7315-108-1.
- [3] MAČKINOVÁ, M. 2011 Aktivity denného života seniorov. Životný program. Bratislava: SZU, 2011. 141 s. ISBN 978-80-89352-55-5.
- [4] MAČKINOVÁ, M. 2011 Aktivity denného života seniorov. Zdravý životný štýl – kvalita života. Bratislava: SZU, 2011. 150 s. ISBN 978-80-89352-55-5.
- [5] MARTINÍK, K. 2008. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 141 s. ISBN 978-80-7041-406-4.
- [6] PADYŠÁKOVÁ, H. *Výchova k rodičovstvu*. Bratislava : SZU, 2008. - 108 s. - ISBN 978-80-89352-22-7.
- [7] BOLEDOVIČOVÁ, M.-PADYŠÁKOVÁ, H. Vplyv výživy na zdravie detí. In: *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006. - ISBN 80-8063-211-1. - s. 26-38.
- [8] REPKOVÁ, A. 2005. Intervencie pôrodnej asistentky v klimaktériu. In: *Sestra*, IV., 2005, č. 3, str. 33-35. ISSN 1335-9444.
- [9] REPKOVÁ, A. 2006 Ošetrovanie v klimaktériu a postmenopauze. In: Repková, A. a kol.: *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin, Vydavateľstvo Osveta 2006. s.115 - 126. ISBN 80-8063-23-7
- [10] ŽIAKOVÁ , Elena. - LETAŠIOVÁ, D. - ŠTEFANIKOVÁ, J.: Problematika osteoporózy z pohľadu rehabilitácie. In: *Ošetrovatel'ský obzor*, Roč. 7, č. 6 2010, s. 136-140. ISSN 1336-5606.

Adresa autora

MUDr. Eva Musilová, PhD.

Fakulta ošetrovatel'stva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12

833 03 Bratislava

Slovenská republika

e-mail: emusilova@szu.sk

MANAŽMENT BOLESTI A OPUCHU

Eva Musilová, Hana Padyšáková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, Slovenská republika

Abstrakt

Východiská: Medzi najčastejšie úrazy vrcholových športovcov patrí podvrtnutie členkového kĺbu. Je to stav, ktorý pre výrazné bolesti a opuchy znemožní športovcovi trénovať. Snahou je správnymi postupmi a technikami ovplyvniť bolesť a opuch, ktoré obmedzujú pohyblivosť kĺbu. Cieľom manažmentu bolesti je dosiahnuť, aby sa zranený športovec v čo najkratšom čase od úrazu vrátil k tréningom. Účelom je dosiahnuť súlad medzi osobným a obecným záujmom a vnútorné stotožnenie s konečným rozhodnutím (Mačkinová, 2011).

Súbor a metódy: Výberový súbor tvorili vrcholoví športovci s rovnakými diagnózami, ale iným postupom liečby. Výskumnú časť práce sme spracovali formou kazuistík.

Výsledky: Pôsobením lymfodrenáže došlo k výraznému ústupu bolestí a opuchu v priebehu niekoľkých dní. U pacienta bez lymfodrenáže intenzívna bolesť a opuch pretrvávali ešte dva týždne po úraze.

Záver: Aplikáciou manuálnej lymfodrenáže dokážeme výrazne zmierniť bolestivosť a zredukovať opuch už za niekoľko dní po úraze, čo dáva väčší priestor sa viac venovať oslabenému ligamentózneho a šľachového aparátu. Edektívnym manažmentom je rehabilitácia, postupné zaťažovanie členka a lymfodrenáž, ktorá zmierňuje opuch a znižuje bolesť.

Kľúčové slová

Manažment bolesti. Manuálna lymfodrenáž. Členkový kĺb. Podvrtnutie. Úraz.

MANAGING PAIN AND SWELLING

Abstract

Starting points: Sprain of the ankle joint is one of the most common injuries suffered by top performing athletes. Due to severe pain and swelling, this usually prevents the athlete from training. Our aim is to reduce the pain and swelling using appropriate methods and techniques which limit the joint's range of movement. Pain management aims to enable the injured athlete to return to full training as soon as possible.

Method: Sample size consisted of top performing athletes with equal diagnoses but different methods of treatment. Research part was conducted via case reports.

Results: The use of lymphatic drainage has diminished pain and swelling within a few days. Patients without the lymphatic treatment continued to suffer from severe pain and swelling until two weeks after the injury.

Conclusion: The application of manual lymphatic drainage can significantly ease pain and reduce swelling as soon as a few days after the injury, which allows treatments to focus on weakened ligaments and tendons. Effective management includes rehabilitation, gradual loading of the ankle and lymphatic drainage, which eases pain and swelling.

Key words

Pain management. Manual lymphatic drainage. Ankle joint. Sprain. Injury.

Úvod

Členkový kĺb patrí medzi dôležitý kĺb, ktorý je tvorený tromi kĺbnymi spojeniami. Zúčastňuje sa pri chôdzi a umožňuje jednotlivé fázy kroku. Patrí k najčastejšie poraneným kĺbom. Sprievodným znakom úrazu sú veľké bolesti a rýchly nástup opuchu. Neefektívna liečba môže spôsobiť ťažkú ujmu na zdraví. Správny výber techník a pomôcok v rámci rehabilitačného procesu je dôležitý, nakoľko predchádzajú tomu, aby v budúcnosti nedošlo k opakovanému poškodeniu členkového kĺbu a oslabeniu mäkkých štruktúr v danom kĺbe.

Následkom nefektívneho manažmentu rehabilitácie môže v krátkej dobe po úraze dôjsť k opakovanému podvrtnutiu v dôsledku slabého ligamentózneho a šľachového aparátu až k obmedzeniu funkcie v danom kĺbe. Cieľom príspevku je poukázať na význam manažmentu bolesti a opuchu po úraze a jeho prínos pre nasledujúci priebeh rehabilitácie a rekonvalescencie.

Liečebná telesná výchova počas imobilizácie

Počas imobilizácie, ktorá trvá 10 – 14 dní, cvičíme s pacientom aktívne a pasívne pohyby v kolennom a bedrovom kĺbe, posilňujeme gluteálne svalstvo izometrickými kontrakciami a cievnou gymnastikou prispievame k zlepšeniu prekrvenia v danej oblasti. V tejto fáze je taktiež veľmi dôležité robiť dril quadricepsu, ktorý má tendenciu atrofovať. Nesmieme zabudnúť na posilnenie svalov ramenného pletenca, nakoľko v tejto fáze pacienti využívajú k pohybu nemecké barle.

Liečebná telesná výchova po skončení imobilizácie

Pacienta si najskôr vyšetříme a porovnáваме rozsah pohybu a svalovú silu so zdravou končatinou. Podľa zistených výsledkov využívame polohovanie, vyťahovanie skrátených štruktúr, aktívne a pasívne pohyby, cvičenie podľa svalového testu, mobilizáciu, mäkké techniky, postizometrickú svalovú relaxáciu, lymfodrenáž, Freemanovu metódu, cvičenie na nestabilnej plošine, taping.

Úlohy

Úloha 1: Predpokladáme, že u pacientov pri ktorých využijeme lymfodrenáž dôjde k rýchlejšiemu ústupu bolesti a k odstráneniu opuchu.

Úloha 2: Predpokladáme, že následkom rýchlejšieho odstránenia bolesti a opuchu nastane rýchlejšie prinavrátenie pacientov do plného fyzického zaťaženia.

Kazuistika číslo 1

Meno: H. S.

Pohlavie: žena

Vek: 23

Diagnóza: Distorsio art. talocrucalis l. sin., contusio art. talocrucalis l. sin.

Anamnéza: Pacientka, vrcholová hádzanáarka, si pri športovom zápase pri doskoku podvrtla ľavý členok. Ihneď pocítila prudkú bolesť, pohyb v členku bol obmedzený. Aj napriek okamžitej aplikácii ľadu došlo k výraznému opuchu. Na úrazovej ambulancii po vykonaní Rtg vyšetrenia bola na 10 dní nasadená statická ortéza. Doporučené bolo šetrenie končatiny, kľudový režim a polohovanie končatiny. Po desiatich dňoch absolvovala kontrolné vyšetrenie a bola odporúčaná rehabilitačná liečba.

Objektívne vyšetrenie 1 deň (11 deň po úraze): Šetrí ľavú dolnú končatinu, pri chôdzi stúpa na celé chodidlo, neodvíja päťu od podložky. V oblasti ľavého členkového kĺbu pozorujeme výrazný opuch a hematóm. Prítomná je palpačná bolestivosť, koža je primeranej teploty, citlivosť nezmenená. Dĺžky oboch dolných končatín sú symetrické. Rozsah pohybov v oboch BK a KK boli v norme.

Tabuľka 1 Obvody dolných končatín

OBVODY DK (cm)	EDK			PDK
	1.deň	7.deň	30.deň	
Horný obvod predkolenia 29 cm nad podložkou	36	35,5	35	35,5
Dolný obvod predkolenia 11 cm nad podložkou	21	20,5	20	20
Obvod ČK cez päťu	31,5	30,5	29,5	29,5
Obvod v klenbe nohy	23,5	22,5	22	22
Cez metatarzy	22,5	22,5	22,5	22,5

Tabuľka 2 Svalový test

SVALOVÝ TEST	ĽDK			PDK
	1.deň	7.deň	30.deň	
Plantárna flexia (m.triceps surae)	3-	3	5	5
Plantárna flexia (m. soleus)	3-	3	5	5
Supinácia s dorzálnou flexiou	-	3	5	5
Supinácia s plantárnou flexiou	-	3	5	5
Plantárna pronácia	-	3	5	5

Vyšetrenie svalového testu a supinačné a pronačné pohyby na postihnutej končatine sme nemohli vykonať pre výrazné bolesti, opuch a neschopnosť ich vykonať v plnom rozsahu.

Tabuľka 3 Goniometrické vyšetrenie

GONIOMETRICKÉ VYŠETRENIE	ĽČK			PČK
	1.deň	7.deň	30.deň	
Sagitálna rovina	S 10 – 0 - 0	S 15 – 0 - 25	S 30 – 0 – 50	S 30 – 0 – 50
Rotácie	R 0 – 0 - 0	R 10 – 0 - 10	R 30 – 0 - 30	R 30 – 0 – 30

Analýza - kazuistika 1: V záujme čo najrýchlejšieho prinavrátenia k športu sme prikrčili k lymfodrenáži, v dôsledku čoho došlo k rýchlejšiemu vstrebaniu opuchu (v priebehu 1 týždňa) a ústupu bolestí (do dvoch týždňov). Ostatný čas sme mohli venovať posilneniu väzivového a šľachového aparátu v oblasti obidvoch členkových kĺbov, čím sme chceli predísť k ďalším možným úrazom v budúcnosti.

Kazuistika číslo 2

Meno: E. D.

Pohlavie: žena

Vek: 21

Diagnóza: parciálna lézia LFTA I.sin.

Anamnéza: Pacientka počas volejbalového zápasu zle dostúpila. Ihneď pocítila prudkú bolesť a členok začal opúchať. Na Rtg vyšetrení vylúčili zlomeninu. Bola nasadená sádrová dlaha na 14 dní. Po kontrole bola odporúčaná rehabilitačná liečba.

Objektívne vyšetrenie 1 deň (16 deň po úraze): Pacientka prišla s 2 nemeckými barlami. Členok bol výrazne opuchnutý s výrazne fialovo modrou farbou. Prítomná veľmi výrazná palpačná bolestivosť. Koža bola v postihnutej oblasti teplejšia ako na zdravej strane. Dĺžky oboch dolných končatín sú symetrické. Rozsah pohybov v oboch BK a KK boli v norme.

Tabuľka 4 Obvody dolných končatín

OBVODY DK	EDK			PDK
	1.deň	7.deň	30.deň	
Horný obvod predkolenia 33 cm nad podložkou	33	33	33	33
Dolný obvod predkolenia 11 cm nad	23	22	21	21
Obvod ČK cez pätu	35,5	35	32	32
Obvod v klenbe nohy	26,5	26	24,5	24,5
Cez metatarzy	23	22	22	22

Tabuľka 5 Svalový test

SVALOVÝ TEST	EDK			PDK
	1.deň	7.deň	30.deň	
Plantárna flexia (m.triceps surae)	-	3	5	5
Plantárna flexia (m. soleus)	-	3	5	5
Supinácia s dorzálnou flexiou	-	-	5	5
Supinácia s plantárnou flexiou	-	-	5	5
Plantárna pronácia	-	-	5	5

Vyšetrenie svalového testu a supinačné a pronačné pohyby na postihnutej končatine sme nemohli vykonať pre výrazné bolesti, opuch a neschopnosť ich vykonať v plnom rozsahu.

Tabuľka 6 Goniometrické vyšetrenie

GONIOMETRICKÉ VYŠETRENIE	LDK			PDK
	1.deň	7.deň	30.deň	
Sagitálna rovina	S 0 – 0 – 5	S 0 – 0 – 20	S 30 – 0 – 40	S 30 – 0 – 45
Rotácie	R 0 – 0 – 0	R 5 – 0 – 5	R 25 – 0 – 30	R 25 – 0 – 30

Analýza - kazuistika 2: Lymfodrenáž sme nevykonávali a opuch sa vstrebával pomalšie ako sme čakali. Mierna bolestivosť v členkovom kĺbe pretrvávala ešte na konci druhého týždňa. Nakoľko sme sa v priebehu týždňov museli viac venovať odstraňovaniu bolestivosti a opuchu, nezostalo nám dost' času na kvalitné posilnenie väzivového a šľachového aparátu. Vzhľadom k týmto skutočnostiam sme pacientke ukázali, ako má cvičiť doma. Na zvládnutie bolesti pri cvičení sme využili aj nefarmakologické metódy - relaxáciu a zameranie pozornosti podľa Repkovej (4, 5).

Analýza výsledkov

Zamerali sme sa na mladých a aktívne športujúcich pacientov u ktorých vplyvom úrazu došlo k poškodeniu mäkkých štruktúr v oblasti členkového kĺbu a ktorých snahou bolo čo najskôr sa dostať do tréningového a zápasového procesu, teda k športu sa prinavrátiť v čo najkratšom možnom čase. Cieľom manažmentu bolesti a opuchu bolo prinavrátanie pôvodnej fyziologickej pohyblivosti v danom členkovom kĺbe. V prvej kazuistike sme pacientovi na odstránenie opuchu aplikovali manuálnu lymfodrenáž. Do týždňa nastal ústup bolesti ako aj opuchu. V druhej kazuistike u pacienta táto forma rehabilitácie nebola ordinovaná. Určený bol iný terapeutický postup. Po mesiaci rehabilitácie bola schopná aktívneho fyzického zaťaženia, ale šľachový a väzivový aparát nebol ešte dostatočne posilnený a pobolieval.

Jednoznačne u pacienta po lymfodrenáži došlo v priebehu niekoľkých dní k výraznému a rýchlejšiemu ústupu bolesti a opuchu.

Diskusia

Úrazy v oblasti členkového kĺbu sa vyskytujú u športovcov ako veľmi časté zranenia. Vaňo uvádza, že až 85% všetkých poranení členka tvoria poranenia mäkkých štruktúr členkového kĺbu (Vaňo, 2008). Príčinou takéhoto poranenia je najčastejšie zlé dostúpenie, pri športovej činnosti podvrtnutie laterálnym smerom, kedy dochádza k natiahnutiu, parciálnej lézii, alebo totálnej ruptúre väzov. Nedostatočná liečba a rehabilitácia môže viesť až k vzniku instability členkového kĺbu, ktorého následky sprevádzajú pacienta celý život (Šajterová, 2005). Optimálnou rehabilitáciou môžeme týmto komplikáciám predchádzať. Po odznení akútnej fázy, odstránení opuchu a bolesti sme k posilneniu šľachového a ligamentózneho aparátu využili cvičenie na nestabilných plošinách, ktorými sme aktivovali viaceré svalové skupiny a zapojili sme aj hlboký stabilizačný systém. Dôležitou súčasťou starostlivosti o pacienta je aj pochopenie jeho situácie a uplatňovanie interaktívnych a komunikačných prvkov smerujúcich k jeho evalvácii (Kristová, Miklovičová, 2008, s. 93).

V dnešnej dobe športovci kladú už väčší dôraz na prevenciu, lebo sú si vedomí, že prípadný aj menej závažný úraz ich môže vyradiť zo športovej činnosti na dlhšiu dobu. Zhodujeme sa s názorom Čepíkovej (Čepíková a kol. 2009), že prednosťou úsečového vankúša je možnosť jednoduchej edukácie pacienta ako na nej cvičiť. Výrostková (Výrostková, 2005) uvádza, že taping je vhodné využiť počas rehabilitácie, aby sme chránili poranené väzy. My sme tape využívali pri návrate pacientov k aktívnej športovej činnosti, aby sme predchádzali možnému opätovnému poraneniu. Na odstránenie bolestí a opuchov nám nedá nespomenúť dôležitosť lymfodrenáže pri odstraňovaní opuchu. Zastávame názor Husarovičovej (Husarovičová, 2010), že vplyvom lymfodrenáže u pacientov dochádza k rýchlej redukcii opuchu a bolesti, čo nám v priebehu rehabilitácie pomáha k rýchlejšej obnove aktívnej pohyblivosti a k prinavrátaniu svalovej sily. Tým, že sme v kratšej dobe eliminovali bolesť a opuch, mohli sme sa venovať aktívnemu posilneniu šľachového a väzivového aparátu, ktorý zohráva dôležitú úlohu pri stabilite členkového kĺbu. Stabilný členkový kĺb umožňuje športovcom naplno sa venovať športovej činnosti bez obmedzení. Ale určitú úlohu v tomto procese majú aj vonkajšie vplyvy – spôsob života, stravovacie návyky, pohybová aktivita a duševný odpočinok atď. (Mačkinová, 2011).

Záver

Distorzie členkového kĺbu sa veľmi často vyskytuje hlavne u mladých športovcoch pri nefyziologických doskokoch. Následkom toho bývajú športovci vyradení zo športovej činnosti. Rehabilitácia zohráva u nich dôležitú a neoddeliteľnú súčasť v liečbe takýchto poranení (Kokavec a kol. 2008). Veľmi dobre sa nám osvedčila lymfodrenáž, ktorú by sme odporúčali zaradiť do každého rehabilitačného programu. Benefitom lymfodrenáže je rýchlejšie prinavrátanie aktívnej pohyblivosti a obnovenie pôvodnej svalovej sily. Zistili sme, že efektívny manažment bolesti a opuchu po úraze spočíva v pravidelnej rehabilitácii a aktívnom prístupe k pacientovi, kedy sa klinický stav rýchlo zlepšuje. Komplexným fyzioterapeutickým prístupom sa bolesti zmierňujú a ustupujú a opuch sa lymfodrenážou rýchlejšie vstrebáva.

Literatúra

- [1] ČEPÍKOVÁ, M. A HORNÁČEK, K. 2009. Postrehy a najčastejšie chyby pri posturálnom propioceptívnom tréningu na úsečovom vankúši, In *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922. 2009, 3, s. 164-166
- [2] HUSAROVÍČOVÁ, E. a kol.. 2010. Športové úrazy a manuálna drenáž lymfy. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606 . 2010, 3, s. 58-60
- [3] KOKAVEC, M. A ŽIAKOVÁ, E. *Vývojová dysplázia bedrového kĺbu. Diagnostika a liečba vývojovej kineziológie*. Bratislava: Herba, 2008, s. 116. ISBN 978-80-89171-54-5
- [4] KRISTOVÁ, J., MIKLOVIČOVÁ, E. 2008. Psychologická anamnéza – cesta k lepšiemu poznaniu a pochopeniu pacienta. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2008, roč. 5, č. 3, s. 92-96.
- [5] MAČKINOVÁ, M. 2011 *Aktivity denného života seniorov. Manažment*. Bratislava: SZU, 2011. 174 s. ISBN 978-80-89352-55-5.

- [6] MAČKINOVÁ, M. 2011 Aktivity denného života seniorov. Prístupy ku kvalite života. Bratislava: SZU, 2011. 150 s. ISBN 978-80-89352-55-5.
- [7] REPKOVÁ, A.: Psychologické metódy tlmenia pôrodnej bolesti. In: *Sestra*, ISSN 1335-9444, VI., 2007, č. 3-4, str. 20-22
- [8] REPKOVÁ, A.: Filozofia zmeny kvality starostlivosti o ženu v pôrodnej asistencii. Doktorandská práca. Trnavská univerzita. Trnava 2006. s. 124
- [9] VAŇO, M. 2008. Poranenia väzivového aparátu členkového kĺbu. In *Úrazová a interná medicína*. ISSN 1337-0802, 2008, 3, 2, s. 53-60
- [10] VÝROSTKOVÁ, A. 2005. Rehabilitácia členkového kĺbu po operáciach a úrazoch. In *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922, 2005, 6, 1, s. 11-17
- [11] ŠAJTEROVÁ, Z.: Elektro a fototerapia. In *Rehabilitácia 4*, 2005, roč. 42, s. 222, ISSN 0375-0922

Adresa autorov

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: emusilova@szu.sk

hana.padysakova@szu.sk

OCZEKIWANIA PACJENTEK W OPIECE OKOŁOOPERACYJNEJ W GINEKOLOGII

Małgorzata Nagórska, Katarzyna Wardak, Monika Binkowska-Bury

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Polska

Streszczenie

Decyzja o zabiegu operacyjnym należy do jednych z trudniejszych w życiu. Każda pacjentka skierowana i zakwalifikowana do operacji ginekologicznej ma pewne wyobrażenie i oczekiwania, co do opieki okołoperacyjnej.

Cel. Celem pracy było zapoznanie się z oczekiwaniami pacjentek operowanych z przyczyn ginekologicznych.

Materiał i metody. Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono w 2008 roku na grupie 60 pacjentek operowanych z przyczyn ginekologicznych w Klinicznym Oddziale Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie.

Wnioski. Czas oczekiwania na operację w opinii większości badanych jest odpowiedni i stanowi największą trudność dla blisko 40% ankietowanych. 25% chorych oczekuje dokładniejszych informacji o rodzaju i przebiegu znieczulenia do operacji. Czas poświęcany pacjentkom przez lekarzy powinien być dłuższy w opinii 40% ankietowanych. 30% chorych oczekuje większej pomocy w czynnościach higienicznych ze strony personelu pielęgniarskiego. Leczenie bólu pooperacyjnego w większości przypadków jest zgodne z oczekiwaniami pacjentek.

Słowa kluczowe

Jakość opieki, opieka okołoperacyjna, pacjent, ginekologia.

PATIENTS EXPECTATIONS IN PERIOPERATIVE CARE IN GYNAECOLOGY

Abstract

The decision concerning a surgical procedure is one of the most difficult ones in one's life. Each patient qualified for a gynaecological surgery has got some ideas and expectations concerning the perioperative care.

Aim: The aim of the paper was to discover the expectations of the patients undergoing a surgical procedure because of gynaecological reasons.

The test sample and method: The researches using a diagnostic poll method were conducted in 2008 covering a group of 60 patients being operated because of gynaecological reasons at the Clinical Ward of Gynaecology and Obstetrics of the Regional Specialist Hospital in Rzeszow.

Conclusions: The waiting time for a surgery is adequate for the majority of patients and it is the most difficult time for almost 40 % of the respondents. The majority of patients is well informed as far as the type of surgical treatment is concerned, however, 25 % of the patients expect more detailed information concerning the type of anaesthetic being used as well as the anaesthetic procedure being used for the operation. The doctors' time devoted to patients should be longer according to 40 % of the respondents. Almost 1/3 of the patients expects more help from the nursing staff as far as the hygienic activities are concerned. The treatment of the postoperative pain fulfils the patients' expectations in the majority of cases.

Key words

Quality of care, perioperative care, patient, gynaecology.

Wstęp.

Decyzja o zabiegu operacyjnym należy do jednych z trudniejszych w życiu. Każda pacjentka skierowana i zakwalifikowana do operacji ginekologicznej ma pewne wyobrażenie i oczekiwania, co do opieki okołoperacyjnej. W latach osiemdziesiątych XX wieku powstała medycyna okołoperacyjna - dział medycyny zajmujący się kompleksowo pacjentem operowanym od momentu zakwalifikowania do zabiegu operacyjnego do pełnej rekonwalescencji po operacji (Goldmann, 1994, s. 3-7). Medycyna okołoperacyjna jest definiowana jako opieka medyczna adresowana do pacjenta chirurgicznego i skupia się nad jego stanem przed w czasie i po aktualnej interwencji chirurgicznej.

Postępowaniem okołoperacyjnym w ginekologii zajmuje się zespół interdyscyplinarny, w którego skład wchodzi zespół lekarzy ginekologów, lekarz anesteziolog, lekarz pierwszego kontaktu, pielęgniarki anesteziologiczne, instrumentariuszki, pielęgniarki i położne z oddziału ginekologicznego, rehabilitanci, dietetycy, laboranci i inne osoby dbające o kompletną i optymalną opiekę u pacjenta przed, w trakcie oraz po zabiegu operacyjnym.

Rozpoznanie schorzenia ginekologicznego wymagającego interwencji chirurgicznej jest dla kobiet sytuacją nową i stresującą. Ważny jest sposób przekazania informacji przez lekarza oraz pozostawienie pacjentce czasu na podjęcie decyzji o operacji. Wytyczne *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* mówią, że „warunkiem uzyskania zgody na leczenie, zabieg czy operację jest pewność, że chora rozumie istotę choroby, z powodu której proponuje się jej dany rodzaj leczenia, zna rokowanie, możliwe następstwa oraz ryzyko zaniechania terapii, jak również możliwe alternatywne sposoby postępowania.” (Medycyna Praktyczna, 2005, s.13-18). Pacjentka powinna mieć czas na decyzję, nie można prosić jej o podjęcie na przykład w trakcie badania ginekologicznego lub tuż po jego przeprowadzeniu.

Przygotowanie do operacji przebiega w dwóch etapach: przygotowanie odległe – dalsze tj. na kilka dni przed planowaną operacją oraz przygotowanie bezpośrednie tzw. bliższe, które odbywa się już po przyjęciu na oddział. W dniu zabiegu pacjentka podpisuje zgodę na operację i zgodę na ewentualną transfuzję krwi. Uzyskanie pisemnej zgody jest niezbędnym warunkiem do jej wykonania (Rekomendacje ZG PTG, 2006, s.3).

Postępowanie pooperacyjne obejmuje następujące elementy: kontrolę podstawowych parametrów życiowych, obserwację rany pooperacyjnej, przetaczanie płynów, prowadzenie bilansu wodnego, obserwacja zabarwienia powłok skórnych, obserwacja odchodów z narządu rodowego. W profilaktyce powikłań pooperacyjnych zwraca się uwagę na: powikłania zakrzepowo – zatorowe, powikłania septyczne i powstawanie odleżyn. Niezwykle istotnym elementem opieki okołoperacyjnej jest również dbałość o sferę psychiczną kobiety. Dotyczy to zarówno czasu przed operacją i moment podejmowania decyzji, a także opieka pooperacyjna, która uwzględnia: przystosowanie do życia rodzinnego, seksualnego i zawodowego (Pschyrembel, 2007 s. 306). Dlatego rozmowa z psychologiem powinna stać się stałym elementem przygotowania do planowanej operacji. Pełny powrót pacjentki do formy sprzed zabiegu wynosi około sześciu tygodni.

Cel.

Celem pracy było zapoznanie się z oczekiwaniami patientek operowanych z przyczyn ginekologicznych.

Material i metody.

Badania z zastosowaniem ankiety autorskiej przeprowadzono w maju 2008 roku na grupie 60 patientek operowanych z przyczyn ginekologicznych w Klinicznym Oddziale Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie. Zebrany materiał został przeanalizowany za pomocą średniej arytmetycznej i udziału procentowego.

W badaniu ankietowym wzięło udział 60 patientek hospitalizowanych i operowanych z przyczyn ginekologicznych, 40% patientek to kobiety w wieku powyżej 50 lat, 33,3% było w przedziale wiekowym między 25-35 rokiem życia. Najmniej liczebną grupą są kobiety pomiędzy 36-50 lat (26,7%). Większość kobiet to mieszkanki miast do 100 tys. mieszkańców - 43,4%, oraz wsi – 40%. Załedwie 16,7 % stanowiły kobiety mieszkające w dużym mieście – pow. 100 tysięcy mieszkańców. Jeśli chodzi o stan cywilny respondentek to zdecydowana większość z nich to kobiety zamężne – 76,8 %. Panny i wdowy stanowiły odpowiednio 13,4% i 3,4% ankietowanych. Wśród operowanych patientek przeważały osoby z wykształceniem wyższym – 36,7% i średnim – 33,3%. Wykształcenie podstawowe deklarowało 16,7% badanych, a zawodowe 13,3%. Zdecydowana większość ankietowanych (80,0%) to osoby czynne zawodowo, a pozostałe 10% to odsetek bezrobotnych i 10% emerytek. Większość patientek (53,4%) to kobiety poddające się pierwszej operacji życiu. Pozostałe 46,6 % to osoby operowane po raz kolejny.

Wyniki.

Wiadomość o operacji wywołała u badanych kobiet różne reakcje. Większość chorych, 36,6% wiadomość tę przyjęła spokojnie, dla 26,6% patientek był to kolejny etap leczenia. Jako zaskoczenie określiło tę informację 23,4% ankietowanych, a dla pozostałych 13,4% był to szok.

Według operowanych patientek informacje na temat zabiegu udzielone przez lekarza kierującego były: wyczerpujące – 46,7% i dokładne – 33,3% (łącznie 80%). Jako pobieżne oceniło je 16,7% badanych, a załedwie 3,3%, uznało je za niewystarczające (razem 20%).

Informacja o konieczności wykonania operacji wywołała u chorych różne odczucia. Połowa z nich (50%) poczuła ulgę, było to prawdopodobnie związane z możliwością poprawy stanu zdrowia. Tylko 30% kobiet jako przeważające odczucie w tym momencie podało strach, a rozczarowanie 6,7% operowanych. Osoby te prawdopodobnie liczyły na poprawę stanu zdrowia z zastosowaniem leczenia wyłącznie zachowawczego, bez konieczności interwencji chirurgicznej.

Pacjentki miały też pewne obawy w związku z operacją. Największa grupa obawiała się bólu (53,3%). Na drugim miejscu znalazł się strach przed znieczuleniem (23,4%), a na trzecim uczucie osamotnienia 16,7%).

Czas oczekiwania na operację jest stresujący dla pacjentek i zależy od rodzaju operacji, stanu ogólnego i ginekologicznego chorych. Stany nagłe przyjmowane są poza listą oczekujących. Średni czas oczekiwania na operację u ankietowanych kobiet wynosił dwa tygodnie. Poniżej tygodnia oczekiwało 26,7% kobiet, od dwóch do czterech tygodni – 30%. Powyżej miesiąca 33,3%. Według większości pacjentek (66,6%) jest to czas odpowiedni, czyli wystarcza na dobre przygotowanie do nowej sytuacji zarówno dla pacjentki jak i jej rodziny. Dla 26,7% był to czas za długi, a dla 6,7% za krótki.

Wśród największych trudności wynikających z konieczności hospitalizacji na pierwszym miejscu chore wskazały długi czas oczekiwania na zabieg (36,6%). Dla 30% był to stres wynikający z podziału obowiązków w domu, 16,6% ankietowanych wskazało na przerwę w pracy zawodowej. Pozostałe 3% podało inne powody: obawa o wynik, rozłąka z dzieckiem, stres związany z hospitalizacją, strach przed śmiercią.

Prawie 70% ankietowanych uznało, że czas oczekiwania na zabieg operacyjny jest odpowiedni. Jednocześnie największy odsetek kobiet (36,6%) potwierdza, że długi czas oczekiwania stanowi największą trudność wynikającą z konieczności interwencji medycznej. Zbyt długi okres oczekiwania na operację wywołuje u pacjentek poczucie lęku i niepewności związanej z wynikiem operacji.

Wśród ankietowanych 50,0% badanych. miało wykonaną operację brzuszną, 26,7% laparoskopię, jedna osoba operację plastyczną krocza. Natomiast 10% pacjentek nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie i co wydaje się najbardziej zaskakujące 10% kobiet nie wiedziało, jaki miały rodzaj operacji.

Zdecydowana większość pacjentek potwierdza, że uzyskały dokładne informacje dotyczące planowanej operacji, ale zaskakujące jest, że 10% chorych nic nie wie o rodzaju wykonanego u nich zabiegu.

Zdaniem operowanych kobiet informacje dotyczące wykonywanych procedur przekazywane im przez położne były wystarczające dla 46,8% z nich, wyczerpujące dla 26,8%. Co piąta pacjentka uznała, że informacje były zbyt pobieżne, a zaledwie 1 osoba uważa, że były znikome.

Na takie samo pytanie dotyczące lekarza prowadzącego głosy rozłożyły się następująco: taki sam odsetek ankietowanych przyznał, że były to informacje wyczerpujące i wystarczające – po 33,6% głosów, zaledwie jedna pacjentka uznała, że były to informacje znikome – 3,4%.

Mimo, iż 73,2% badanych pozytywnie oceniło uzyskane informacje od lekarza, to nadal dość duża grupa – prawie 1/3 pacjentek uważa, że są one zbyt pobieżne.

Informacje od lekarza anestezjologa dotyczące znieczulenia były zdaniem operowanych kobiet wyczerpujące i wystarczające – odpowiednio 26,7% i 30% głosów. Pobieżne dla 33,3% ankietowanych i znikome 10%. Zestawiając ocenę informacji uzyskanych przez pacjentki od poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, otrzymano następujące dane: Przeważająca większość pacjentek uznała te informacje jako wyczerpujące i wystarczające – 67,8%, 25,6% – znikome, przy czym najwięcej znikomych informacji ankietowane uzyskały od lekarza anestezjologa na temat znieczulenia. Pacjentki wyraziły również swoją opinię odnośnie leczenia bólu po zabiegu operacyjnym, większość (86,7%) uznała, że jest ono skuteczne. 13,3% ankietowanych uważa, że nie. W dzisiejszych czasach zwraca się dużą uwagę na leczenie bólu pooperacyjnego, a wręcz jego zapobieganie poprzez ciągłą terapię przeciwbólową. Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność leczenia przeciwbólowego po zabiegach ginekologicznych.

Okres okołoperacyjny wymaga ograniczeń dietetycznych. Większość pacjentek nie miała z tego powodu problemów. Połowa kobiet odpowiedziała, że nie myślały o tym, 40%, że były na to przygotowane, a dla 10% było to trudne. Ocena diety po operacji wypadła następująco: Ponad 60% ankietowanych (66,9%) stwierdziło, że dieta była urozmaicona, a porcje wystarczające. Dla 23,4% ankietowanych porcje były za małe. 6,7% pacjentek odczuwało głód podczas hospitalizacji. Wszystkie pacjentki zgodnie stwierdziły że ilość płynów doustnych, była dla nich wystarczająca.

Pacjentki oceniły pomoc personelu przy wstawaniu. 33,3% uznało, że była ona wystarczająca, 26,7% musiało poprosić o taką pomoc. 10% pacjentek musiała radzić sobie sama. Dość duży odsetek operowanych – 30% nie potrzebował tego rodzaju wsparcia.

Zdaniem chorych pomoc przy toalecie była wystarczająca 33,3%, 26,7% pacjentek musiało o taką pomoc poprosić. 10% nie uzyskała oczekiwanej pomocy i musiała radzić sobie sama, a 30% nie jej wymagała.

Uzyskane wyniki wskazują, że 1/3 chorych nie otrzymała zadowalającej opieki pielęgniarskiej. Personel powinien wykazać większe zainteresowanie i pomoc w czynnościach higienicznych oraz w uruchamianiu chorych w pierwszej dobie po operacji. Potwierdzają to również wyniki dotyczące czasu poświęconego pacjentkom przez personel medyczny. W ocenie pacjentek ilość czasu poświęconego im przez lekarzy był wystarczający dla 60%, za krótki dla 40% badanych. Jeśli chodzi o położne, to zdaniem 73,3% pacjentek był to czas wystarczający, a 26,7% uznało ten czas jako za krótki.

Respondentki oceniły informacje dotyczące trybu życia po opuszczeniu szpitala, uzyskane od personelu w trakcie hospitalizacji. Ponad połowa – 46,7% uzyskała wyczerpujące informacje. 36,6% operowanych pacjentek uznała te wskazówki za niepełne, a 16,7% musiała sama o to zapytać. Z przedstawionych danych wynika, że dość duży odsetek kobiet (36,6%) opuszcza szpital bez dostatecznej wiedzy o samopielęgnacji w domu, a 16,7% ankietowanych musiało poprosić o takie informacje. Należy poświęcić więcej uwagi temu problemowi i poza rozmową można przekazywać takie zalecenia w formie pisemnej.

Ocena pobytu w szpitalu w opinii badanych wygląda następująco: dla 66,8% było tak jak się spodziewały. Taki sam odsetek – po 16,6% pacjentek twierdzi, że było lepiej lub gorzej niż się spodziewały.

Pacjentki przedstawiły własne własnych sugestii i uwag, co do opieki okołoperacyjnej. Tylko 13.3% podało, że mają takie uwagi. Są to: za mało położnych na dyżurze, za wysokie łóżka, brak wyczerpujących informacji o przebiegu operacji i jej wyniku, większe zainteresowanie personelu, pacjent powinien dostać listę rzeczy potrzebnych podczas pobytu w szpitalu.

Dyskusja.

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele podobnych badań, które dotyczą oczekiwań operowanych pacjentów. Opisują one hospitalizację w ocenie pacjenta z różnych perspektyw.

Jednymi z pierwszych badań dotyczących opieki medycznej przeprowadził Chmielnicki (1976, n = 1000) (Chmielnicki, 1976, 631-8) Autor koncentrował się na cechach idealnej pielęgniarki. Wynika z nich, że od pielęgniarek oczekiwano serdeczności i fachowości oraz zdolności manualnych.

Oczekiwaniem pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego zajęli się także Kapala i inni (Kapala, 2008, 33-41). Ich wnioski są następujące: w największym stopniu chorzy oczekują od pielęgniarek zdolności manualnych. Wśród pożądanych cech u pielęgniarek wymieniają oni życzliwość, uprzejmość i troskliwość. Chorzy oczekują informacji od pielęgniarek o samopielęgnacji w domu. Ponadto chorzy cenią sobie bardziej personel doświadczony z większym stażem pracy.

Badania Warzykowskiej dotyczą samej opieki pielęgniarskiej Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii hospitalizowanych jest pozytywna, choć ich zdaniem poświęcają one zbyt mało czasu na edukację pacjenta o samopielęgnacji w domu (Wyrzykowska, 2007, s. 3-10). Podobne wnioski otrzymano w badaniach własnych. Tu również blisko 40% (36,6%) ankietowanych potwierdza, że informacje na temat stylu życia po zabiegu uzyskane od personelu są niepełne. Najprawdopodobniej szczegółowe informacje na ten temat pacjentki otrzymują w dniu wypisu.

W opinii 40% ankietowanych pacjentek czas oczekiwania na operację stanowi duży problem i wywołuje stres. Do podobnych wniosków doszli Pilewska i Jakiel. Według ich badań decyzja i czas oczekiwania na interwencję chirurgiczną jest ogromnym obciążeniem psychicznym dla chorych. Badane przez nich pacjentki najbardziej bały się przebiegu okresu operacyjnego oraz bólu. Dużą trudnością jest dla chorych zaburzenie rytmu życia i konieczność wyłączenia się z obowiązków zawodowych rodzinnych (Pilewska, 2005, s. 37-41). Wyniki uzyskane w badaniach własnych potwierdzają, że największy odsetek pacjentek boi się bólu po operacji – 53,3% oraz znieczulenia – 23,4%. Strach ten wydaje się nieuzasadniony gdyż, zdecydowana większość operowanych kobiet (86,7%) bardzo dobrze ocenia skuteczność leczenia bólu operacyjnego.

Z badań Motyki (Motyka, 2001, s. 4-10) przeprowadzonych wśród pacjentów przygotowywanych do operacji wynika, że co trzeci pacjent obawiał się najbardziej powikłań oraz śmierci (33,3%).

Z kolei Golec i inni doszli do wniosku, że większość pacjentów oddziałów chirurgicznych oczekiwała, że personel sprawujący nad nimi opiekę wykaże zainteresowanie ich problemami i samopoczuciem, a w kontaktach z nimi okaże akceptację, ciepło i serdeczność. Ponadto doszli oni do wniosku, że wprowadzenie standardów opieki umożliwia wysoki poziom realizacji opieki pielęgniarskiej oraz, że stopień realizacji poszczególnych czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych zależy od: fazy procesu leczenia i stanu pacjenta. W okresie przedoperacyjnym działania pielęgniarskie skupiały się na zmniejszeniu objawów i dolegliwości związanych z chorobą, natomiast po zabiegu polegały głównie na monitorowaniu stanu zdrowia i rozpoznawaniu powikłań pooperacyjnych. W badaniach przeprowadzonych do niniejszej pracy 60% chorych uważa, że czas poświęcony im przez personel pielęgniarski jest wystarczający, ale nadal dość dużo pacjentek (40%) jest zdania, że czas ten jest za krótki. Ponadto pomoc pielęgniarską przy czynnościach higienicznych i wstawaniu 40% chorych ocenia jako wystarczającą, 21,6% uzyskała pomoc, ale na własną prośbę, natomiast 10% musiała radzić sobie sama (Golec, 2007, s. 69-76).

Warto przytoczyć również opinie personelu medycznego na temat czynników warunkujących jakość opieki szpitalnej. Według Kowal i Rak dla pracowników medycznych najważniejszymi czynnikami wpływającymi na jakość są wyposażenie w aparaturę medyczną, leki i zaplecze techniczne, przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki oraz skuteczne zwalczanie bólu (Kowal, 2001, 16-22). Dla administracji ważne w tym względzie są: środki finansowe, koordynacja pracy różnych komórek szpitala oraz przestrzeganie praw pacjenta. Dla samych pacjentów były to: troska, życzliwość i zainteresowanie sprawami pacjentów, skuteczne zwalczanie bólu oraz informowanie pacjentów o ich prawach. Pracując nad polepszeniem opieki zdrowotnej należy brać pod uwagę głosy tych trzech środowisk.

Wnioski.

1. Czas oczekiwania na operację w opinii większości badanych jest odpowiedni, ale okres oczekiwania stanowi trudność dla blisko 40% ankietowanych.
2. Większość pacjentek jest dobrze poinformowana o rodzaju operacji, ale 25% chorych oczekuje dokładniejszych informacji o rodzaju i przebiegu znieczulenia do operacji.
3. Czas poświęcany pacjentkom przez lekarzy powinien być dłuższy w opinii 40% ankietowanych.
4. 30% chorych oczekuje większej pomocy w czynnościach higienicznych ze strony personelu pielęgniarskiego.
5. Leczenie bólu pooperacyjnego w większości przypadków jest zgodne z oczekiwaniami pacjentek.

Bibliografia

- [1] CHMIELNICKI, N. 1976. Oczekiwania pacjentów szpitala pod adresem lekarzy i pielęgniarek. In *Zdrowie Publiczne*. ISSN 0044-2011, 1976, No 8.s. 631-8.
- [2] GOLDMANN, D.R. et all. 1994. *Perioperative medicine: the medical care of surgical patient*, New York (<http://xnet.kp.org/permanentejournal/sum02/bellflower.html>) (23.01.2012)
- [3] GOLEC, K., et all. 2007. Ocena stopnia realizacji standardu w opiece okołoperacyjnej nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. In *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne*. ISSN 1897-3116, 2007/2, s. 69-76.
- [4] KAPAŁA, W., et all. 2008. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa. In: *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne*. ISSN 1897-3116 . 2008/1. S. 12-18.
- [5] KOWAL, A., RAK, A. 2001, *Opinie aktorów systemu opieki zdrowotnej na temat czynników warunkujących jakość opieki szpitalnej*. Materiały konferencyjne Szósta Ogólnopolska konferencja. Jakość w opiece zdrowotnej. Kraków 25-27.04.2001.s.16-22.
- [6] MOTYKA, M. 2001, *Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego*, In. *Sztuka leczenia* 2001/4.s.4-10.
- [7] PILEWSKA, A. 2005. Oczekiwanie na interwencje chirurgiczną jako sytuacja trudna dla kobiet. *Przegląd menopauzalny*. ISSN 1643-8876.2005/5, 37-41.
- [8] PSCHYREMBEL, W., et.all. *Ginekologia praktyczna*, PZWL, Warszawa 1994. 471 s. ISBN 978-83-200-3508-7.
- [9] *Rekomendacje ZG PTG w sprawie formularzy świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne*. Ginekologia po dyplomie. Wydanie specjalne. ISSN 1508-0102. Wrzesień 2006. s. 3.
- [10] WYRZYKOWSKA, M., Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów, In. *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne*, ISSN 1897-3116 . 2007/1, s. 3-10.
- [11] Wytyczne *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*. Uzyskiwanie świadomej zgody pacjentki na leczenie. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo*. ISSN 1507-5230. 2005/3, s. 13-18.

Adres do korespondencji

Małgorzata Nagórska
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
ul. Warzywna 1, 35-959 Rzeszów
e-mail: nagorska@univ.rzeszow.pl

Tabela. Opieka okołoperacyjna w opinii pacjentek.

Reakcja pacjentek na wiadomość o operacji	N	%
Zaskoczenie	14	23,4
Kolejny etap leczenia	16	26,6
Szok	8	13,4
Przyjęłam spokojnie	22	36,6
Razem	60	100
Osoby od których pacjentki uzyskały najwięcej informacji o operacji	N	%
Lekarze	60	100
Pielęgniarki i położne	-	-
Inne pacjentki	-	-
Sama zdobyłam informacje	-	-
Razem	60	100
Ocena informacji udzielonych przez lekarza kierującego	N	%
Wyczerpujące	28	46,7
Dokładne	20	33,3
Pobieżne	10	16,7
Znikome	2	3,3
Razem	60	100
Odczucia pacjentek w związku z planowaną operacją	N	%
Ulga	30	50
Zadowolenie	-	-
Złość	2	3,3
Rozczarowanie	4	6,7
Strach	18	30
Zdziwienie	-	-
Skrepowanie	-	-
Inne	6	10
Razem	60	100
Obawy pacjentek z hospitalizacją	N	%
Osamotnienie	10	16,7
Ból	32	53,3
Znieczulenie do operacji	8	23,4
Nowe miejsce	2	3,3
Nowi ludzie	2	3,3
Razem	60	100
Czas oczekiwania na operację	N	%
Poniżej tygodnia	16	26,7
1-2 tygodnie	6	10
2 -4 tygodni	18	30
Ponad miesiąc	20	33,3
Razem	60	100
Ocena czasu oczekiwania na operację	N	%
Za długi	16	26,7
Odpowiedni	40	66,6
Za krótki	4	6,7
Razem	60	100
Trudności wynikające z konieczności hospitalizacji	N	%
Długi czas oczekiwania	22	36,7
Przerwa w pracy zawodowej	14	23,3

Stres związany z podziałem obowiązków domowych	18	30,0
Inny powód	6	10,0
Razem	60	100
Ocena leczenia bólu	N	%
Skuteczne	52	86,7
Nie zawsze skuteczne	8	13,3
Nieskuteczne	-	-
Razem	60	100
Ocena ograniczeń dietetycznych	N	%
Nie myślałam o tym	30	50
Byłam na to przygotowana	24	40
Było to dla mnie trudne	6	10
Razem	60	100
Ocena diety po operacji	N	%
Dieta urozmaicona – wystarczające porcje	40	66,7
Dieta mało urozmaicona małe porcje	14	23,2
Porcje za małe – byłam głodna	4	6,7
Kupowałam żywność w sklepie	2	3,3
Razem	60	100
Ocena informacji o stylu życia po operacji	N	%
Wyczerpujące informacje	28	46,7
Niepełne informacje	22	36,6
Sama musiałam zapytać	10	16,7
Razem	60	100
Ocena pobytu w szpitalu	N	%
Lepiej niż się spodziewałam	10	16,6
Tak jak się spodziewałam	40	66,8
Gorzej niż się spodziewałam	10	16,6
Razem	60	100
Wyobrażenie o hospitalizacji	N	%
Tak	40	66,7
Częściowo	20	33,3
Nie	-	-
Razem	60	100

RIZIKOVÉ FAKTORY KARDIOVASKULÁRNYCH CHORÔB

Jozef Novotný¹, Jaroslav Stančiak^{1,2}

¹Vysoká škola polytechnická Jihlava, Jihlava, Česká republika.

^{1,2}Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita Ružomberok, Slovenská republika.

Abstrakt

Medicínske vedomosti a prax sa neustále dopĺňajú a menia. Vzhľadom na to, že žijeme v atmosfére pochybností a neistôt, naše rozhodnutia a kroky konáme na základe pravdepodobností. Pokroky vo vedomostiach klinickej medicíny sú v našom období závislé najmä na vedomostiach a pokrokoch profesionálnych vedcov, pre ktorých je veda povolaním a ktorí pracujú vo vedeckých ústavoch a na lekárskejších školách na celom svete.

Choroba, totiž, nie vždy sa prezentuje v plne rozvinutom obraze, a taktiež i perspektívy a vedomosti klinického vedca sú často neúplné. Choroba často povie svoje tajomstvá v príčinných zátvorkách.

Každý poslucháč medicíny i *lekár-klinik* by mal byť *familiárny* a mal by precítene poznať hĺbku slov klasickej eseje „STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA“ od Francisa Peabodyho z roku 1927:

„Klasická medicína v najširšom zmysle slova zahŕňa osobný vzťah lekára s jeho pacientom. Je to umenie, ktoré je síce založené na neustále sa zvyšujúcom množstve lekárskejších vedomostí, poznatkov, avšak musí obohacovať aj niečo viac, čo zostáva mimo sféry každej vedy. Medicína ako umenie i medicína ako veda nie sú antagonistické, ale sa navzájom neustále obohacujú i dopĺňajú. Rozdiely medzi medicínou ako vedou a medicínou ako umením nie sú väčšie ako rozdiel medzi aeronautikou a umením lietať. Správna medicínska prax totiž predpokladá porozumenie vied, ktoré prispievajú k štruktúre modernej medicíny, avšak je pochopiteľné, že zvuk profesionálneho tréningu zahŕňa oveľa širší priestor. Zatiaľ čo terapia choroby môže byť úplne neosobná, starostlivosť o pacienta musí byť plne osobná.“

Ošetrovatelstvo je nielen mimoriadne náročné povolanie, ale je to aj podnetné a radostné poslanie, v ktorom sa spája majstrovstvo odborných úkonov s ochotou pomáhať ľuďom a pracovať v ich prospech. Prepojenie odborných znalostí a praktických zručností s hlbokým altruizmom prejavujúcim sa v láskavej starostlivosti o človeka je typickou črtou súčasného ošetrovatelstva. Ošetrovatelstvo najmä v súčasnosti, v hektickej dobe, dobe modernej sofistikovanej techniky rozširuje a skvalitňuje ošetrovatel'ský proces. Ošetrovatel'stvo podobne ako medicína sa vzájomne snúbia, je to veda, ale i umenie súčasne. Ošetrovatel'stvo ako veľa iných oblastí ľudského poznania a konania vyústilo vo svojej historickej genéze do vedeckej formy, ktorá je charakterizovaná predovšetkým predmetom skúmania, vedeckou metódou, jazykom, spôsobmi získavania a realizáciou poznatkov. Ošetrovatel'stvo patrí medzi vedy spoločenské, pokladá sa za vedu reálnu a humanitnú (z hľadiska svojho predmetu) a aplikovanú (z hľadiska svojho cieľa). Predmetom skúmania je človek ako celok, čo znamená, že všetky parciálne výsledky výskumu sa usiluje pochopiť a interpretovať v termínoch celku,

teda *holisticky*. Tomu sa prispôsobuje aj *celková metóda*, ktorá by mala byť *primeraná práve jedincovi ako bio-psycho-sociálnej bytosti s neopakovateľným duchovným rozmerom*. Rozvoj vedecko-výskumnej bázy ošetrovatel'stva sa pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a vzdelávania stal nevyhnutným predpokladom. *Vedecká práca je motorom činnosti medicíny a ošetrovatel'stva*. Konečným kritériom pravdy je *prax*. Veda posúva dopredu aj *prax* a podobne *prax* poskytuje invenciu pre vedeckú prácu. Teória i *prax* sa navzájom obohacujú. Musíme akcentovať, že *teória bez praxe je slepá, avšak prax bez teórie je hluchá*. *Conditio sine qua non* v profesnej činnosti a teda i vo vedeckej práci, ba i v každodennej činnosti je *etika*.

Kľúčové slová

Medicína, ošetrovatel'stvo, civilizačné ochorenia, rizikové faktory, kardiovaskulárne ochorenia, drogová závislosť, prevencia.

THE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Abstract

Civilisation diseases became the most common health problem in last years not only for the patients with some of that sort of disease but for the whole community, too.

We should think about our lifestyle, about the importance of physical training, relaxation and about protecting our body, that have to serve us for the rest of the life. However, what about the hygiene - not only the physical part of it is important, for our health psychological hygiene is important, too. It is known that many of the civilization diseases are of psychological origin or can be influenced by it. Today we know that civilisation diseases are responsible for increasing of morbidity and mortality especially among young adults. While in the past infectious diseases were the most common reason for death, in the present cardiovascular diseases and oncological diseases represent the greatest danger for our population. The reason for this increasing trend is probably unhealthy lifestyle, lack of information and lack of prevention among patients, alcohol and tobacco abuse and last but not least lack of exercise. As it was written, high occurrence of civilisation diseases in our population has its consequences not only among patients but in the whole society, too. Civilisation diseases are chronic and they make the quality of patients life to be worse. It can not be forgotten that this kind of diseases means also great social problem. Civilisation diseases are the reason for many temporary and permanent disabilities. However, at the time when some signs of civilisation disease appear probably it is too late to solve the problem - prevention is on the first place. At that time one or more organs and organ systems could be affected. According to the fact which organ system is affected, we can divide civilisation diseases into these groups: - cardiovascular diseases, - oncological diseases, - respiratory diseases, - diseases of bones, joints and muscles, - infectious diseases, - others. While cardiovascular and oncological diseases are often the reason for the death of the patient, the others are mostly the reason for the permanent disability. Today on the first place there are cardiovascular diseases, but it is completely different situation to the year 1900. At that time infections and malnutrition were most common reason for death, especially when appearing in

epidemy. Coronary (atherosclerotic) disease is the most frequent mortality cause in industrially developed countries. Men are more often afflicted than women, with the ratio of 4:1, however at the age up to 40 this ratio is 8:1, and at the age of 70 it is 1:1. The most frequent occurrence of clinical manifestation is 50-60 years by men, and 60-70 years by women. In epidemiological studies there were significant risk factors of premature occurrence of coronary diseases identified. Chronical infection is included among risk factors. The most significant risk factors are: hyperlipaemia, smoking, hypertension and diabetes mellitus. More than 300 risk factors have been discovered up to now. These, however, are not so tightly connected with the occurrence of coronary disease at a higher age. The burden of the population with civilisation diseases is high, especially what about morbidity and mortality. The life style has changed rapidly in last few years and it has brought also new conditions for our life with it. Difficulties in everyday existence make people to raise their concentration and work abilities. Some of them start to abuse drugs to improve their performance. However, this can start the vicious circle of drug abuse, which is the way how to degrade the personality and to damage the organism. There is a high risk of drug abuse especially in adolescents and young adults. Transfer of drugs is current in our country, too and our population was not well prepared for this situation. Then, usually the combination of drugs and alcohol is very common. Prevention of drug and alcohol abuse is not well organised. However, just prevention and education play the main role in the therapeutical process. Nursing is a scientific branch which integrates knowledge of other branches dealing with study of man, society and environment. The characteristic feature of nursing is a complex approach towards an individual by preserving and supporting health, by prevention and care of the sick. Nursing is a significant and irreplaceable phenomenon also in prevention, therapy, education and dispensarization of cardiovascular diseases. Nursing plays a key and unique role in all levels of therapy, prevention and dispensarization of cardiovascular diseases.

Key words

Medicine, nursing, civilisation diseases, risk factors, cardiovascular diseases, drug addiction, preventiv.

ÚVOD

Každá historická epocha ľudstva minimálne od staroveku vyčleňovala v systéme svojich kultúrnych činností takú, ktorá bola zameraná na dosahovanie pravdy a plnila úlohu toho, čo dnes nazývame vedou. Novoveká a dnešná veda sa však od svojich predchodkýň, na ktoré bola kritickou reakciou v svojich cieľoch, pojmovom aparáte i metódach, významne líši. V tejto súvislosti sa niekedy hovorí o rôznych, rovnocenných, historicky podmienených ideáloch vedy a historických typoch vedeckej racionality, t. j. o vede antickej, stredovekej, novovekej a pod. Inokedy sa zas odlišnosť novovekej vedy normatívne preceňuje až natoľko, že sa názov veda rezervuje výlučne pre vznik vedy vôbec, teda jej vznik na prelome 16. a 17. storočia [28, 30, 32, 43, 44].

Medicína ako mimoriadne zložitá oblasť ľudskej činnosti s veľkými nárokmi na mentálnu činnosť často spojenú so zručnosťou, má polohu umenia a vedy súčasne. Medicína je veda

a umenie, ale aj veda a múdrosť súčasne. Môže sa rozvíjať ako sčasti repetitívna činnosť, ale jej fundamentom vždy zostane veda a odbornosť. *Lekár, ktorý veľa vie, môže pacientovi múdro pomôcť, aj keď v medicíne vedieť ešte neznamená vždy pomôcť.* Človek je neopakovateľnou a jedinečnou bytosťou, integráciou štruktúr a funkcií tkanív, orgánov, systémov a duševnej činnosti. Pomoc človeka človeku a lekára pacientovi je od vekov oceňovaná viac ako iné činnosti. Snaha pomôcť korigovať poruchu, odstrániť jej príčinu alebo zmierniť bolesť vyžaduje enormné úsilie, obrovskú šírku vedomostí a schopností využiť vedecké poznatky spolu so zodpovednosťou za rozhodnutia, ktoré by mohli byť osudovo nevratné, keby sa nerešpektovalo, že medicína je veda a umenie súčasne. *Veda vyžaduje vysoký stupeň vzdelania a pre umenie sú potrebné vlohy, ktoré treba rozvíjať a obohacovať o skúsenosť.* Významnou skutočnosťou práce lekára je jeho zodpovednosť za rozhodnutia, ktoré majú etický charakter [28, 30].

Osobitosti novovekej vedy vyplývajú predovšetkým z metódy, ktorá je v jej základe a ktorou je budovaná. Túto metódu, tento pre vedu príznačný spôsob dosahovania pravdy, označujeme ako výskum, výskumnú metódu. Ošetrovatelstvo ako veľa iných oblastí ľudského poznania a konania vyústilo vo svojej historickej genéze do vedeckej formy, ktorá je charakterizovaná predovšetkým predmetom skúmania, vedeckou metódou, jazykom, spôsobmi získavania a realizáciou poznatkov. Ošetrovatelstvo patrí medzi vedy spoločenské, pokladá sa za vedu reálnu a humanitnú (z hľadiska svojho predmetu) a aplikovanú (z hľadiska svojho cieľa). Predmetom skúmania je človek ako celok, čo znamená, že všetky parciálne výsledky výskumu sa usiluje pochopiť a interpretovať v termínoch celku, teda holisticky. Tomu sa prispôsobuje aj celková metóda, ktorá by mala byť primeraná práve jednotlivcovi ako bio-psycho-sociálnej bytosti s neopakovateľným duchovným rozmerom. Rozvoj vedecko-výskumnej bázy ošetrovatelstva sa pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a vzdelávania stal nevyhnutným predpokladom.

Conditio sine qua non v profesnej činnosti a teda i vo vedeckej práci, ba v každodennej činnosti je etika. Vývoj etiky mimoriadne tesne súvisí s vývojom filozofie. Mravné (cnostné) je teda všetko, čo nás nasmerováva na tomto svete k lepšiemu životu, a teda i etiku je možné vnímať ako praktickú filozofiu, ktorá reprezentuje vzťah človeka k svetu. Morálku je teda možné porovnať so svedomím človeka. V tomto dôsledku môžeme etiku definovať ako filozofickú vedu o správnom spôsobe života, ktorá pramení z racionálnych prístupov a snaží sa nájsť, resp. zdôvodniť spoločné a všeobecné základy, ktoré sú predmetom etiky. Môžeme teda povedať, že *etika je teóriou morálky*, čiže filozofickou disciplínou, ktorá skúma morálku, resp. morálne relevantné chovanie a jeho formy. Etiku môžeme rozlišovať i podľa iných hľadísk. V súčasnosti sa s pojmom *etika* stretáme pomerne často v stále nových spojeniach, napr. *bioetika*, ktorá nemôže byť chápaná iba ako synonymum lekárskej etiky, ale ako disciplína, ktorá sa zaoberá riešením praktických morálnych problémov, ktoré súvisia s rôznymi životnými obdobiami človeka, napr. so vznikom a finalitou ľudského života, s profesnou činnosťou a pod. Z uvedeného hľadiska je teda dôležitá profesná etika, etika vo vedeckej činnosti, autorstvo publikovania a pod. Etika teda aplikuje všeobecné etické normy, tzv. *etický kódex*, na konkrétnu profesnú činnosť. Hovoríme teda o etike vedca, lekára, zdravotnej sestry, univerzitného učiteľa, sudcu, novinára, ba i jednoduchého človeka a pod.

Vedecká práca je motorom činnosti intelektuála. Posúva aj prax dopredu, a podobne aj prax poskytuje invenciu pre vedeckú prácu. Je potrebné akcentovať, že teória bez praxe je slepá, ale prax bez teórie je hluchá [28, 30, 44].

Spoločnosť, zdravotníctvo a civilizačné ochorenia

Civilizačné ochorenia sú problémom dnešnej modernej doby a týkajú sa každého z nás. Mali by sme sa zamyslieť akým životným tempom žijeme, akú máme životosprávu, akým smerom sa uberáme a čo je pre nás dôležité. Či nám nestojí za to naše zdravie, aby sme sa denne zastavili aspoň na pol hodinku, zacvičili si, zrelaxovali a pomohli svojmu telu, aby nás chránilo a slúžilo nám aj naďalej. Tiež je pre naše zdravie dôležitá hygiena nielen fyzická, ale aj psychická. Veď ako sa zvykne hovoriť: „každá choroba sa začína v našej psychike a naša fyzická schránka je odrazom tej duševnej“.

Civilizačné ochorenia sú stále väčším problémom, najmä v priemyselne vyspelých krajinách. Úmrtnosť na tieto ochorenia stále stúpa a posúva sa do čoraz nižších vekových kategórií, čo je pre dnešnú populáciu veľmi alarmujúci stav. V dnešnej dobe sa do popredia dostávajú najmä ochorenia srdcovo cievne, onkologické, zatiaľ čo v minulosti to boli najmä ochorenia infekčné. Infekčné ochorenia sa podarilo zvládnuť vďaka rozvoju zdravotníctva a farmácie. V poslednom období sa stále zvyšuje počet civilizačných ochorení, čo je spôsobené aj tým, že ľudia sa v dnešnej dobe dožívajú vyššieho veku, majú zlú životosprávu, nestarajú sa o prevenciu, majú rôzne škodlivé návyky (ako fajčenie, pitie alkoholu, pohybová inaktivita, vysedávanie pred počítačom a televíziou), ktoré označujeme ako rizikové faktory. Ľudia nemajú dostatočné informácie o svojom zdravotnom stave, často preceňujú svoje sily a podceňujú „reč svojho tela“. Často si neuvedomujeme, že to najcennejšie čo máme, je naše ľudské zdravie, o ktoré sa musíme aj starať.

Civilizačné ochorenia majú vysoký výskyt, súvisia najmä so životným štýlom a majú sociálny dopad na jednotlivca a spoločnosť. Sú to ochorenia, ktorých rastúci trend sa prejavil v posledných desaťročiach a ktoré významným spôsobom ovplyvnili chorobnosť a úmrtnosť obyvateľstva a tým nielen strednú dĺžku života, ale aj jeho kvalitu. Aj keď stredná dĺžka života slovenskej populácie za posledných päťdesiat rokov vzrástla o viac ako jedno desaťročie, v porovnaní s vyspelými krajinami stále zaostávame. Civilizačné ochorenia patria medzi ochorenia chronické, výrazne pozmeňujú kvalitu života postihnutých ľudí a majú značný sociálny dopad. Okrem individuálneho pôsobenia na jednotlivca a jeho osud sú tieto ochorenia významné pre zdravotníctvo, pretože zvyšujú nároky na zdravotnú starostlivosť a finančné náklady. Civilizačné ochorenia zaťažujú štát výdavkami na predčasnú invaliditu a potrebu dlhodobého ošetrovania pri bezvládnosti. Ich význam pre spoločnosť je preto značný. Sú celosvetovým problémom. Ľudia si v dnešnej hektickej dobe málo uvedomujú aké je zdravie pre nich dôležité a tak ho často krát podceňujú a do popredia si kladú ciele ako si udržať majetok, postavenie a prestíž. Až keď sa im zdravie podlomí vtedy si uvedomia čo je prvoradé, ale niekedy už býva neskoro [30, 35, 36, 46, 50].

Civilizačné ochorenia v dnešnej dobe patria čoraz viac k hlavným príčinám smrti obyvateľstva. Podľa týchto príčin sa delia na:

- Kardiovaskulárne ochorenia,

- Onkologické ochorenia,
- Respiračné ochorenia,
- Pohybové ochorenia,
- Infekčné ochorenia,
- Ostatné ochorenia.

Rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení

Kardiovaskulárne ochorenia na konci 20. storočia a začiatku 21. storočia (na prelome miléníí) tvoria takmer 30% všetkých úmrtí na celom svete. Tvoria viac ako polovicu všetkých úmrtí v priemyselne rozvinutých krajinách a 25% v rozvojových krajinách. V roku 2020 zomrie na kardiovaskulárne ochorenia 25 miliónov ľudí, pričom ochorenia srdca budú na 1. mieste v mortalite i morbidite, vysoko pred infekčnými chorobami. Tento nárast kardiovaskulárnych ochorení je výsledkom dramatického posunu stavu individuálneho zdravia v celosvetovom meradle i na prelome miléníí. Rovnako dominantný je i posun profilu a distribúcie ochorení – kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia – ktorý pretrváva. Pred rokom 1900 boli infekčné ochorenia a podvýživa hlavnou príčinou smrti. Tento stav však vystriedali v 20. storočí kardiovaskulárne a onkologické ochorenia, ako hlavné príčiny morbidity a mortality aj vďaka zmenenému životnému štýlu, výžive a ďalším *rizikovým faktorom*. I vďaka tejto skutočnosti budú kardiovaskulárne ochorenia dominovať ako hlavná príčina smrti v roku 2020, kedy každé tretie úmrtie bude v dôsledku kardiovaskulárneho ochorenia. Tento presun morbidity a mortality ide na vrub „ľvieho podielu“ známeho ako epidemiologický presun. Uvedený epidemiologický presun nie je nikdy izolovaný, ale úzko súvisí s osobnými i kolektívnymi zmenami, osobné a kolektívne blaho = ekonomický presun, zmena sociálnej štruktúry a demografické zmeny. Keďže ekonomický posun je viazaný na evolúciu a sociálne a ekonomické sily, uskutočňuje sa rôznou rýchlosťou na rôznych miestach sveta. Hoci zmeny v zdravotnom stave obyvateľstva sa uskutočňujú v každej časti sveta, na začiatku tretieho milénia národný zdravotný a chorobný profil varíruje v širokom rozmedzí, podľa krajiny a regiónu. Napríklad v Japonsku je priemerný vek 80 rokov, teda viac ako dvakrát vyšší ako v Sierra Leone, v ktorej je iba 37,5 roka. V roku 1990 bol počet obyvateľov 5,3 miliardy, pričom počet úmrtí na kardiovaskulárne ochorenia bol 14,3 milióna, teda 28,5% z celkového počtu 50 miliónov úmrtí na celom svete. Z uvedeného počtu 14,3 miliónov, počet úmrtí na koronárnu chorobu srdca bol 6,3 milióna, teda 44% a na mozgové cievne príhody bol 4,4 milióna, teda 31% [30, 31, 33, 34, 35, 36, 42, 46, 48, 49].

V roku 2020 sa očakáva nárast svetovej populácie na 7,8 miliardy, pričom vysoký nárast bude najmä v rozvojových krajinách. V rozvinutých krajinách bude populačný prírastok iba 13% zo 798 miliónov (v roku 1990) na 905 miliónov, avšak najmä v dôsledku imigrácie, pričom podobná situácia bude aj v takzvaných „socialistických štátoch“, teda znížený prírastok vlastnej populácie a nárast počtu obyvateľstva z 346 na 365 miliónov. Oproti tomu v rozvojových krajinách (krajiny tretieho sveta) sa rapídne zvýši populácia o viac ako 60% z 4,1 miliardy (v roku 1990) na 6,6 miliardy (v roku 2020), a bude tvoriť 84% svetovej populácie. Z celkového počtu úmrtí 54,8 milióna v roku 2020, na kardiovaskulárne ochorenia zomrie 25 miliónov, teda 36,3%. Zatiaľ čo počet úmrtí na komunitné ochorenia bude mať

klesajúcu tendenciu, z 34,2% na 15,1%, úmrtia na kardiovaskulárne ochorenia budú mať stúpajúci trend. Kardiovaskulárne ochorenia budú mať neustále multifaktoriálnu povahu! (Tabuľka 1, 2, 3). Obrovský rozmach civilizačných ochorení ako hypertenzia, diabetes a obezita v posledných 20. rokoch dal podnet k hľadaniu kauzálnych vzťahov a vzniku pojmu *metabolický syndróm X*.

Metabolický syndróm X vo vyššom veku

Dnes sa názvom metabolický syndróm X označuje súbežný výskyt rôznych patofyziologických abnormalít alebo klinických jednotiek, ktoré sú v konečnom dôsledku spojené so zvýšeným rizikom vzniku a rozvoja aterosklerózy a jej komplikácií.

Pôvodná Reavenova definícia metabolického syndrómu X z roku 1988 zahŕňala:

- 1/ *inzulínorezistenciu* vyjadrenú dominantne v kostrovom svale,
- 2/ *poruchu glukózovej tolerancie resp. Diabetes mellitus II. typu,*
- 3/ *hyperinzulinizmus,*
- 4/ *zvýšené lipoproteíny VLDL,*
- 5/ *znížený HDL-cholesterol,*
- 6/ *artériovú hypertenziu /esencialnu alebo primárnu/.*

V roku 1993 revidoval Reaven definíciu metabolického syndrómu X takto:

- 1/ primárnym nálezom je inzulínorezistencia,
- 2/ pomerne pevne združenými nálezmi sú artériová hypertenzia, hypertriglyceridémia a diabetes II. typu,
- 3/ vo voľnejšej väzbe sú mikrovaskulárna angína pectoris, poruchy koagulácie a fibrinolýzy,
- 4/ v ešte voľnejšej väzbe sú ischemická choroba srdca a androidná obezita.

V súčasnej dobe je pôvodná i revidovaná definícia metabolického syndrómu X neustále rozširovaná o ďalšie a ďalšie fenomény /metabolický syndróm X+/. Pre prax a pre perspektívnych nositeľov a realizátorov preventívnych zásahov – praktických lekárov pre dospelých – je dôležité, že *metabolický syndróm X zahŕňa všetky hlavné akceptované rizikové faktory akcelerácie aterotrombogenézy, a tým aj vzostupu prevalencie kardiovaskulárnych ochorení*. Nie je možné uvažovať o úspechu kardiovaskulárneho programu – teda zásadnej redukcie morbidity a mortality na kardiovaskulárne ochorenia – bez akceptácie nutnosti agresívnej nefarmakologickej i farmakologickej intervencie u pacientov s metabolickým syndrómom X. Vážnosť uvedeného problému dokladá fakt, že vo svete sa každých 20 rokov zdvojnásobí prevalencia obezity a cukrovky. Už z Framinghamskej štúdie je známe, že diabetici zomierajú dvakrát častejšie a diabetičky dokonca 4-krát častejšie na kardiovaskulárne ochorenia ako nediabetici. Z uvedenej štúdie tiež vyplýva, že diabetici mali dvojnásobne vyššie a diabetičky až 5-násobne vyššie riziko srdcového zlyhania. Diabetici majú štyrikrát väčšiu mortalitu na infarkt myokardu, častejšie latentné formy koronárnej choroby srdca a trikrát častejšiu incidenciu náhlych cievnych mozgových príhod ako nediabetici rovnakého veku a pohlavia. Diabetes mellitus II. typu resp. porucha tolerancie

glycidov, je spolu s hypertenziou najvýznamnejším komponentom metabolického syndrómu X [31].

Cievny endotel

Vnútro cievneho systému vystiela vrstva endotelových buniek. Endotel je v ontogenetickom vývine prvou súčasťou cievneho systému. Má vysokú metabolickú aktivitu, významnú účasť pri reaktivite ciev, pri trombogenéze ovplyvňuje aktivitu cirkulujúcich buniek v krvi. Luminálny povrch endotelu predstavuje plochu asi 500 – 1000 m². *Endotel je najväčší endokrinný orgán v ľudskom tele (1 500 g).* Za fyziologických podmienok majú endotelové bunky viaceré *metabolické a sekrečné systémy*. Endotelové bunky majú principiálny význam pri krátkodobej aj dlhodobej *kontrole vaskulárnych funkcií, preto endotelová dysfunkcia* býva základom mnohých kardiovaskulárnych porúch.

Epidemiológia metabolického syndrómu X

Metabolický syndróm X je ochorenie s vysokým predpokladaným výskytom. Absentujú však údaje o prevalencii v našej populácii. Je predpoklad, že v našich podmienkach môže postihovať až 50% populácie, najmä vo vyšších vekových skupinách. Čím je jedinec starší, tým skôr dochádza k manifestácii jednotlivých zložiek metabolického syndrómu. Výskyt osôb s genetickou možnosťou rozvoja metabolického syndrómu X je pravdepodobne niekde okolo 40%. U ďalšej časti populácie prevládajú vplyvy prostredia. Medzi faktory tzv. toxického prostredia patrí absencia pohybu, nadmerná výživa, fajčenie, stres atď. Predpokladaná prevalencia jednotlivých prvkov metabolického syndrómu X je odhadovaná asi takto: a/ obezita 24%; b/ diabetes 6%; c/ hypertenzia 25% ; d/ dyslipidémia 65% .

TABUĽKA 1 Celospoločenský význam srdcovocievnych chorôbň

Ochorenia artériového systému	- ateroskleróza - hypertonická choroba – ICHS, AIM, NCMP
Choroby žilného systému	- Tromboflebitický syndróm – každá tretia dospelá žena!!! - TECH, chronická venózna insuficiencia, predčasná smrť!
Zápalové ochorenia srdca	- infekčné endokarditídy (prevažne!!!) - kardiomyopatie
Choroby dýchacích ciest (bronchitídy)	- Bronchitída, emfyzém pľúc, obštrukčná choroba pľúc, chronické pulmonálne srdce

TABUĽKA 2 Hlavné skupiny rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb

<ul style="list-style-type: none"> Faktory genetické, demografické, somatické a povahové (výskyt ICHS v rodine, vek pohlavie, rasa a pod.),
<ul style="list-style-type: none"> Charakteristiky zistené pri fyzikálnom a pomocnom vyšetrení (hypertenzia, obezita, abnormálne EKG a pod.),
<ul style="list-style-type: none"> Faktory súvisiace s biochemickými zmenami (zvýšená hladina cholesterolu, triacylglyceridov, zmeny niektorých enzýmov – hyperhomocysteinémia),
<ul style="list-style-type: none"> Poruchy trombocytov a hemokoagulácie,
<ul style="list-style-type: none"> Faktory odrážajúce vplyv prostredia (hluk, zloženie pitnej vody a pod.),
<ul style="list-style-type: none"> Faktory životného štýlu, návykov a psychosociálnych vplyvov (fajčenie, nedostatok pohybu, psychické stresy a pod.),
<ul style="list-style-type: none"> Znaky charakterizujúce celkový stav organizmu (angiózna bolesť, stav cievneho riečiska a pod.),
<ul style="list-style-type: none"> Faktory charakterizujúce diétne excesy, príjem energie, obsah cholesterolu v potrave a pod. ,
<ul style="list-style-type: none"> Faktory charakterizujúce nedostatok niektorých zložiek v potrave (nedostatočný príjem vlákniny, ovocia a zeleniny),
<ul style="list-style-type: none"> Užívanie niektorých liekov (napr. hormonálne kontraceptíva a pod.).

TABUĽKA 3 Rizikové faktory aterosklerózy.

A. Endogénne (neovplyviteľné) vplyvy	B. Exogénne (ovplyviteľné) vplyvy
Vek	Dyslipoproteinémia
Pohlavie – muž	Hypertenzia
– žena po menopauze	Fajčenie
Genetické zaťaženie (pozitívna rodinná anamnéza)	Diabetes mellitus
	Inzulínová rezistencia
	Obezita
	Telesná inaktivita
	Typ osobnosti (A)
	Alkohol
	Nedostatok stopových prvkov
	Hyperurikémia
	Hemokoagulácia (zvýšenie)
	Fibrinolýza (zníženie)
	Magnézium (nedostatok)

Zatiaľ čo kardiovaskulárne a onkologické ochorenia patria k smrtiacim civilizačným ochoreniam, respiračné ochorenia, pohybové, infekčné a ostatné patria k civilizačným ochoreniam nesmrtiacim. Ale to neznamená že neznižujú kvalitu ľudského života a nie sú nebezpečné (Tabuľka 1, 2, 3).

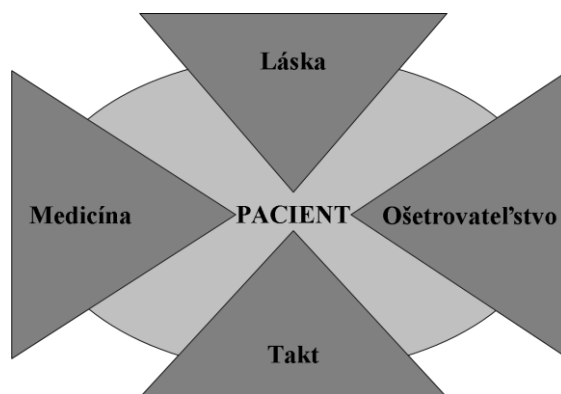
ZÁVER

Chceme kategoricky zdôrazniť, že v pretechnizovanom svete zmietanom civilizačnými chorobami ako *conditio sine qua non* potrebujeme vysokú toleranciu, lásku, ohľaduplnosť, humánnosť, potrebujeme etiku a bioetiku v medicíne, diagnostike, farmakoterapii, a navyše *chceme akcentovať a pripomenúť pre nás všetkých vyznanie veľkých a výsostne humánnych ideálov tak Francisa Peabodyho, ale najmä Alberta Schweitzera, ktoré sú trvale platné pre dnešok i zajtrašok [30, 43, 44, 45]:*

*„Naším výsostným a prvoradým poslaním je služba bližným.
Pracovať pre spoločné dobro je naše sväté krédo,
je to najhlbšia a najposvätnější viera.“*

Medicínske vedomosti a prax sa neustále dopĺňajú a menia. Medicína ako mimoriadne zložitá oblasť ľudskej činnosti s veľkými nárokmi na mentálnu činnosť často spojenú so zručnosťou má polohu umenia a vedy súčasne. Môže sa rozvíjať ako šťastná repetitívna činnosť, ale jej fundamentom vždy zostane veda a odbornosť. Pomoc človeka človeku a lekára pacientovi je od vekov oceňovaná nad iné činnosti. Snaha pomôcť korigovať poruchu, odstrániť jej príčinu, alebo zmierniť bolesť vyžaduje enormné úsilie, obrovskú šírku vedomostí a schopností využiť vedecké poznatky spolu so zodpovednosťou za rozhodnutia, ktoré by mohli byť osudovo nevrátne, keby sa nerešpektovalo, že medicína je veda a umenie súčasne. Obrovský rozmach vedeckých poznatkov a technických možností (CT, MR, PET, SPECT, USG, orgánové transplantácie a mnohé ďalšie) ponúka vedcom a lekárom nové možnosti, ktoré môžu predstavovať i určité riziká. **Nie všetko, čo je technicky dosiahnuteľné, je eticky správne. Lekár, ktorý veľa vie, môže pacientovi múdro pomôcť, aj keď v medicíne vedieť neznamená ešte pomôcť.** Osobitné miesto zaujíma medicínska etika v lekárskom výskume pri plánovaní a konkrétnom uskutočňovaní často i heroických výkonov, ktoré boli predtým nemožné a často považované za utópiu a fantastické sny. V súčasnosti je v popredí záujmu bioetika, čo nie je iba nový názov pre medicínsku etiku. Bioetika znamená oveľa viac, zamýšľa sa nad zmyslom existencie jedinca, študuje hierarchiu hodnôt, všíma si dôstojnosť ľudskej osoby a jej základné práva. Bioetika sa prelína ako zlatá niť všetkými oblasťami medicíny – diagnostika, terapia, lekársky výskum, klinické sledovanie nových liečiv a pod. Je totiž potrebné zdôrazniť, že choroba teda aj diagnostika a terapia predstavujú hlboký zásah do života človeka a často ho stavajú až na pokraj fyzických a psychických síl. Choroba sa totiž nie vždy prezentuje v plne rozvinutom obraze, a v dôsledku toho i perspektívy a vedomosti klinika i klinického vedca sú často neúplné. Choroba totiž často povie/napovie svoje tajomstvá v príčinných zátvorkách a iba ten, kto je pripravený, môže byť úspešný. Medicína ako umenie i medicína ako veda nie sú antagonistické, ale sa navzájom neustále obohacujú

a dopĺňajú. Terapia choroby môže byť totiž úplne neosobná, avšak starostlivosť o pacienta musí byť plne osobná. Jedna z najvysostnejších kvalít lekára, i lekára súčasnosti, by mala byť (je) jeho ľudskosť, humánnosť, humanita – ako tajomstvo v starostlivosti o pacienta i v prinášaní obetí pre pacienta. Lekár si musí byť vedomý, že existujúce pokroky v klinickej medicíne často predkladajú pred klinika-terapeuta nové seriózne problémy. Jedna z mimoriadne dôležitých kvalít potrebných pre lekára dneška je jeho schopnosť predvídať, teda nepoužívať zbytočne a nadmerne heroické terapeutické postupy (medzi ktoré patria i farmakoterapeutické postupy) najmä vtedy, keď to nie je potrebné, ba úplne zbytočné, iba zo zvedavosti a kuriozity. V diagnostickej a terapeutickej praxi by malo byť *conditio sine qua non*, nikdy neaplikovať postupy, ktoré slúžia iba na istotu [30]!!!



Obrázok 3 Medicína, ošetrovatel'stvo a etika.

V súčasnosti musíme študovať nielen skutočnú podstatu ochorenia, ale súčasne musíme kultivovať aj náš vlastný vzťah s každým našim pacientom. *Z toho teda plynie veľké etické memento, etický imperatív pre nás všetkých, že medicína súčasnosti podobne ako aj minulosti i budúcnosti je skutočne vedou i umením súčasne* [2,3,4,8,12,15,18,28,43,44,45]. *Nie je to iba repetícia našich vedomostí a skúseností, profesionálnej zručnosti, ale je to i láska a takt, tolerancia, etika na všetkých úrovniach. Medicína je našim výsostným poslaním, je to služba bližným, je to sväté krédo pre každého z nás, ktoré nás musí stimulovať byť stále lepšími* (Obrázok 3).

V konečnom dôsledku musíme študovať nielen podstatu klinickej diagnostiky a terapie, ale súčasne musíme sledovať aj nie menej dôležitý cieľ: kultivovať vlastný vzťah s každým našim pacientom.

Medicína je veda a umenie súčasne. Medicína ako veda i medicína ako umenie nie sú antagonistické, ale sa navzájom neustále obohacujú a dopĺňajú. Jednou z najvysostnejších kvalít lekára i sestry je ľudskosť, humánnosť, humanita – ako tajomstvo v starostlivosti o pacienta i v prinášaní obetí pre pacienta. V súčasnosti sú uvedené atribúty i prinášanie obetí prepotrebné, nakoľko v pretechnizovanej medicíne sa pacient stráca, a v tom je tajomstvo úspechu lekára - klinika. Aj v tom spočíva hlavná výzva prečo najmä v súčasnosti sú prepotrebné etika a bioetika v medicíne.

Lekár si musí byť vedomý, že existujúce pokroky v klinickej medicíne často vytvárajú pred farmakoterapeutom nové seriózne problémy. Vo farmakoterapii sa užívajú vysoko účinné lieky, z ktorých mnohé môžu mať nežiaduce i vedľajšie účinky. Iba malé percento hospitalizovaných pacientov obdrží menej ako 6 druhov liekov, pričom musíme zväziť nielen ich vnútornú toxicitu, ale aj ich vzájomné interakcie a nežiaduce i vedľajšie účinky. Vedieť kedy ukončiť určitú terapiu je aspoň tak zložitý/dôležitý ako vedieť, kedy je potrebné s ňou začať. Jedna z mimoriadne dôležitých kvalít potrebných pre lekára dneška je schopnosť nepoužívať zbytočne a nadmerne heroické terapeutické postupy tak diagnostické, ako i farmakoterapeutické. Najmä vtedy, keď to nie je potrebné, ba zbytočné, iba zo zvedavosti, kuriozity a akademizmu. Musíme si byť vedomí pravidla, že potenciálne nebezpečné, heroické, diagnostické a terapeutické postupy môžeme indikovať iba vtedy, ak ich pozitívny účinok pre pacienta prevažuje ich riziká!!! V diagnostickej a farmakoterapeutickej praxi by malo byť conditio sine qua non – nikdy neaplikovať postupy, ktoré slúžia iba na istotu...

Na zníženie morbidity a mortality na kardiovaskulárne ochorenia budú potrebné tri dopĺňajúce sa stratégie:

1. Rozšírenie verejného zdravotníctva (detekcia, zdravotnícka výchova, preventívne intervencie a mnohé ďalšie).
2. Identifikácia rizikových faktorov.
3. Alokácia zdrojov na terapiu akútnych a chronických ochorení, najmä sekundárna prevencia.

Všetky tri strategické postupy sa musia rozšíriť preventívne i terapeuticky rovnomerne pre všetkých obyvateľov, bez zreteľa na rasu, etnikum a sociálno-ekonomické

Prevencia kardiovaskulárnych chorôb a rozvoj kardiológie:

- Vypracovanie nových, citlivejších vyšetrovacích metód, zlepšenie diagnostiky, najmä nových neinvazívnych metód (ECHOKG, izotopové metódy, NMR a ďalšie).
- Syntéza nových, účinnejších farmakoterapeutických prípravkov na molekulovej úrovni (antihypertoniká, antiarytmiká, diuretiká, kardiotoniká a pod.).
- Širšie uplatnenie preventívnych metód v boji proti srdcovocievnyh chorobám:
 - identifikácia rizikových faktorov,
 - prevencia primárna, sekundárna a terciálna – prevencia po celý život, od narodenia až po smrť,
 - zdravotná výchova celého obyvateľstva, záujem o zdravie je vecou každého jedinca, nie iba zdravotníctva.

► Primárna prevencia aterosklerózy má najmenej dve zložky:

- *Globálna populačná stratégia* má viesť k zmene životného štýlu a k zmene všetkých sociálnych a ekonomických determinantov životného prostredia, *angioepidemiológia 21. storočia*. Globálna populačná stratégia má v primárnej prevencii prvoradý význam. Je potrebné radikálne zmeniť myslenie a konanie nielen lekárov, ale i celej spoločnosti. Úspech primárnych preventívnych opatrení spočíva totiž iba v 20% v rezorte zdravotníctva a až v 80% v aktivitách nezdravotníckych zložiek spoločnosti.

- *Individuálna stratégia* rizika je preventívna starostlivosť zameraná na osoby ohrozené aterosklerózou, ktoré smeruje k zníženiu alebo odstráneniu rizikových faktorov. Jej podiel na kontrole aterosklerózy je pre jedinca *prvoradý!* Prevencia a terapia rizikových faktorov musia byť komplexné a pri dôslednom monitorovaní *celoživotné!*

► **Sekundárna prevencia aterosklerózy by mala začať v čase manifestácie choroby.** Cieľom včasnej a adekvátnej terapie je zvládnuť vývoj chorobného procesu, zastaviť ho, pokiaľ možno ešte v reverzibilnom štádiu, zamedziť vzniku komplikácií, zabrániť vzniku trvalých následkov, vzniku invalidity a predčasnej smrti. *Treba akcentovať, že najefektívnejším činiteľom sekundárnej prevencii je lekár.* Dôležitá je komplexná terapia (rizikové faktory, farmakoterapia a pod.).

► **Terciálna prevencia aterosklerózy je vlastne liečebná rehabilitácia,** ktorá tvorí komplex opatrení, cieľom ktorých je zaistiť pre organizmus jedinca optimálny somatický, psychický a sociálny stav umožňujúci mu zaujať primerané postavenie v spoločnosti aj v treťom štádiu ochorenia s komplikáciami. Komplexná liečebná rehabilitácia musí byť súčasťou sekundárnej a primárnej prevencie aterosklerózy. Prevencia a liečba musia byť komplexné, nie alternatívne. Jedna zložka nenahradí inú!!!

Literatúra

- [1] BARKER D. J. : The malnourished baby and infant. Brit. Med. Bull. 60, 2001: 69-88
- [2] BAŠTECKÝ, J. a kol. : Gerontopsychiatrie. Praha: Grada-Avicenum, 1994, 317 p.
- [3] BERGERT, J. : Toxikomanie a osobnosť. Praha : Victoria publishing, 1995
- [4] BERTRAM C. E. , M. A. HANSON: Animal model and programming of the metabolic syndrome. Brit. Med. Bull. 60, 2001: 103-121
- [5] ČERŇAN, M. : Primárna, sekundárna terciálna prevencia v rámci protidrogovej politiky. Bratislava 1996
- [6] COUGHLIN S. S. , PEARLE D. L. , BAUGHMAN K. L. et al. : Diabetes mellitus and risk of idiopathic dilated cardiomyopathy: The Washington Diabetes care dilated cardiomyopathy study. Ann. Epidemiol. 1994, 4: 67-74.
- [7] ČORNANIČOVÁ, R. : Edukácia seniorov. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998, 156 p.
- [8] DROBNÁ, H. , VELEMÍNSKY, M. : Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. Jihočeská univerzita, České Budějovice : Zdravotné sociální fakulta JCU, 2000, 128 s.
- [9] ĎURIŠ, I. , HULÍN, I. , BERNADIČ, M. : Princípy internej medicíny. Bratislava:SAP, 2001, 2591 s.
- [10] GRESSNER, E. : Perspektívy prevencie v geriatrici, In: Š. LITOMERICKÝ: Prevencia v geriatrici, Zborník prác, Osveta, Martin, 1978, s. 11 – 14
- [11] FÜSGEN, I. : Der ältere Patient, Urban & Schwarzenberg, 2. vyd. , München-Wien-Baltimore, 1996, 745 p.
- [12] HAJNÝ, M. : O rodičích, dětech a drogách. Praha : Grada 2001

- [13] HAŠKOVCOVÁ, H. : Spoutaný život, Kapitoly z psychoonkologie, 3. LF UK, Praha, 1991, 331p.
- [14] HEGYI, L. a kol. : Práva pacientov v Slovenskej republike. Bratislava: MZ SR, 2000., 47 s.
- [15] HELLER J. , Pecinovská O. a kol. : Závislost', známa neznáma. Praha : Grada, 1996
- [16] HRNČIAR J. a kol. : Endokrinné a hormonálno-metabolické choroby, ich racionálna diagnostika a liečba. CentroMedian, B. Bystrica 2000.
- [17] JANOUŠEK, J. a kol. : Sociální psychologie. Praha : SPN 1998
- [18] KALINA, K. a kol. : Drogy a drogové závislosti. Mezioborový prístup. Praha : Úrad vlády České republiky 2003
- [19] KALVACH, Z. a kol. : Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů, II. díl, Univerzita Karlova, Praha, 1995, 214 s.
- [20] KANNEL W. B. , HJORTLAND M. , CASTELLI W. P. : Role of diabetes in congestive heart failure: The Framingham Study. Am. J. Cardiol. 1974, 34: 29-34
- [21] KING H. , R. F. AUBERT, W. H. HERMAN: Global burden of diabetes, 1995-2025, prevalence, numerical estimation and projections. Diabetes Care 21, 1998, p. 1414-1431.
- [22] KOMÁRIK E. , PODHRADSKÝ J. : Drogová závislost'. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990
- [23] MASÁR, O. , DROBNÁ, H. : Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti. Bratislava : Charis, 2001, 122 s. , ISBN 80-8874342-7
- [24] MILOVSKÝ, M. : LSD a jiné halucinogeny. Brno, 1996
- [25] NEŠPOR, K. : Návykové chování a závislost. Praha : Portál, 2000
- [26] NOCIAR, A. : Alkohol, drogy a osobnost'. Bratislava : ASKLEPIOS, 2001. 364 s. ISBN 807167-044-8
- [27] NOVOMESKÝ F. : Drogy. Advent. Orion, 1995
- [28] NOVOTNÝ, J. : Klinická toxikológia. In: Štandardné diagnostické postupy, Martin : Osveta, 1998, s. 293-307.
- [29] NOVOTNÝ, J. : Program Škola bez alkoholu, drog cigariet. Bratislava, 1996
- [30] NOVOTNÝ, J. : Etické problémy diagnostiky a farmakoterapie v ochrane života. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 25-26.
- [31] NOVOTNÝ, J. et al. : Non-communicable (civilization) diseases and prevention. J. Health Sci Manag and Public Health 8(1), 2007, p. 96-106
- [32] NOVOTNÝ, J. : Fundamentals of Internal Propedeutics. Prepared for press,
- [33] OKRUHLICA L. : Medicínske aspekty drogovej závislosti. Bratislava, 1995
- [34] ONDRUŠ, D. : Toxikománia strašiak či hrozba? Martin : Osveta 1994
- [35] PACOVSKÝ, V. : Geriatric. Geriatrická diagnostika. Scientia medica, Praha, 1994, 150 s.

- [36] PICKENHAIN, L. , RIES, W. : Das Alter, Kleine Enzyklopädie, bibliographisches Institut, Leipzig, 1988, 703 p.
- [37] PODHRADSKÝ, J. , KOMÁRIK, E. : Drogová nezávislosť alebo ako sa nestat' toxikomanom. Bratislava, 1990
- [38] PRESL, J. : Drogová závislosť, môže byť ohrozeno i Vaše dieťa? 1. vydání, Praha : Maxdorf, 1994.
- [39] ROTGERS, F. a kol. : Léčba drogových závislostí. Praha : Grada, 1999
- [40] SKÁLA, J. : Alkohol a jiné / psychotropní/ drogy: abuzus závislosť. Praha, 1986
- [41] SKÁLA, J. : Závislosť na alkoholu jiných drogách. Praha, 1987
- [42] STANĚKOVÁ, D. et al. : Štúdia prevalencie infekcie HIV a iných sexuálne s krvou prenosných infekcií u gravidných žien. In: Derma, 2005, 5(1):10-14
- [43] STANČIAK, J. , NOVOTNÝ, J. , ŠEVCOVÁ, H. : Intoxikácie a návykové látky u jedincov vo vyššom veku. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 126-139
- [44] STANČIAK, J. , NOVOTNÝ, J. : Drogové závislosti a prevencia. Bratislava : EXPOL PEDAGOGIKA, s. r. o. , 1. vydanie 2011, 103 s., ISBN: 978-80-8091-240-6
- [45] STANČIAK, J. , NOVOTNÝ, J. , KOPÁČIKOVÁ, M. : Problematika drogových závislostí a ich prevencia. Monografia, Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2009, 221 s. , ISBN 978-80-8084-499-8
- [46] TOPINKOVÁ, E. , NEUWIRTH, J. : Geriatrie pro praktického lékaře, Grada-Avicenum, Praha, 1995, 300 s.
- [47] URBAN, E. : Toxikománie. Praha : Avicenum 1993
- [48] VICÁŇOVÁ, M. , ROVNÁ, S. : Ošetrovatel'stvo a alkoholická závislosť. In: Integrovaní přístupy v prevenci a péči o zdraví. Zlín, 2008, s. 202-206, ISBN 978-80-7318-778-1
- [49] VIŠŇOVSKÝ, P. , VALENTÍK, M. : Človek v bludnom kruhu. Martin : Osveta, 1989
- [50] www.who.sk/data/health.21.html Zdravie 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie v Slovenskej republike (WHO Liaison Office in the Slovak Republic). Svetová zdravotnícka organizácia – Regionálny úrad pre Európu, Kodaň 1999.

MANAŽMENT NAUZEY A ZVRACANIA U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Mária Novysedláková, Zuzana Hudáková

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá manažmentom ošetrovateľskej starostlivosti o onkologického pacienta s prejavmi nauzey a zvracania. Autorky sa v príspevku zaoberajú prevalenciou výskytu nauzey a zvracania u onkologicky chorých, rizikovými faktormi, posudzovaním a meraciami hodnotiacimi nástrojmi a ošetrovateľskými intervenciami. Záverom poukazujú na objektívne dimenzie účinnosti ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s nauzeou a zvracaním.

Kľúčové slová

Nauzea a zvracanie. Posudzovanie. Hodnotiace nástroje. Ošetrovateľské intervencie.

MANAGEMENT OF THE NAUSEA AND VOMITING IN PATIENTS WITH CANCER

Abstract

The paper deals with management of nursing care for cancer patients with symptoms of nausea and vomiting. The author of the contribution with the prevalence of nausea and vomiting in cancer patients, risk factors, assessment and evaluation tools and measurement of nursing interventions. Conclusions point to the objective dimension of the effectiveness of nursing care in a patient with nausea and vomiting.

Key words

Nausea and vomiting. The assessment. Evaluation tools. Nursing interventions.

Úvod

Nevôľnosť a zvracanie patria k častým ošetrovateľským problémom onkologických pacientov. Od sestry pri liečbe nevoľnosti a zvracania sa vyžadujú výborné diagnostické schopnosti, vedomosti z fyziológie liekov a vhodných nefarmakologických prostriedkov. Ide o veľmi závažné symptómy a pocit vyčerpania, ktorý s nimi súvisí a môžu znížiť kvalitu života pacienta. .

Prevalencia

Aj napriek pokrokom vo farmakologickej antiemetickej liečbe, nauzea a zvracanie ostávajú jedným z najobávanejším symptómom pre onkologického pacienta. Výskyt nauzey a zvracania v súvislosti s karcinómom a liečbou sa pohybuje od 30-80%. Výsledky štúdie u 320 pacientov s rakovinou hrudníka, alebo hlavy, krku, gastrointestinálneho traktu,

hematologické ukázali, že 41% pacientov bolo hospitalizovaných do ústavnej paliatívnej liečby pre príznaky nauzey a zvracania. Hlavným príčinným faktorom nauzey a zvracania je rádioterapia a chemoterapia. Prehľad literatúry ukázal, že 70-80% všetkých pacientov prijímajúcich chemoterapiu mali skúsenosti s nauzeou a zvracaním a s inadekvátnou antiemetickou terapiou (Eckert, 2001, p. 1553 – 1560).

Rizikové faktory

Výskyt a závažnosť nauzey a zvracania u onkologických pacientov ovplyvňujú mnohé faktory – pacientove špecifické faktory, liečebné špecifické faktory, špecifické faktory ochorenia, enviromentálne faktory.

Pacientove faktory – vek, pohlavie, hmotnosť, predchádzajúce skúsenosti s nauzeou a zvracaním a užívanie alkoholu. Pacienti mladší ako 50 rokov majú zvýšené riziko nauzey a zvracania, ženy hlavne mladšie ženy majú častejšie skúsenosti s nauzeou a zvracaním. Telesná hmotnosť a BMI súvisia s nauzeou a zvracaním. Dibble at al., (2004) zistili, že ženy s vyšším BMI mali signifikantne častejšiu nauzeu. Pacientove predchádzajúce nepríjemné skúsenosti s morskou chorobou, pri cestovaní autom, alebo počas gravidity spôsobujú predispozíciu pre nauzeu a zvracanie pri onkologickom ochorení a liečbe.

Špecifické faktory ochorenia

Pacienti s onkologickým ochorením trpia ďalšími príznakmi, ktoré sa líšia v rôznych fázach priebehu choroby. Samotná choroba, liečba pridružené ochorenia môžu prispieť k príznakom nauzey a zvracania. Často sa vyskytujúce symptómy spojené s nauzeou a zvracaním: zápcha, bolesť, obštrukcia čreva, metabolické poruchy (hyperkalcémia, hyponatriémia, hyperglykémia, urémia) a znížený intrakraniálny tlak (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Špecifické faktory liečby

S liečbou súvisiace potencionálne faktory nauzey a zvracania sú druh liečby, miesto, liečebný plán, dávka, spôsob a frekvencia podávania liekov. Približne 75% výskytu nauzey a zvracania je postoperatívne po operácii v celkovej anestézii.

U pacientov liečených rádioterapiou je rádioterapia primárny faktor vyvolávajúci riziko nauzey a zvracania. Faktory, ktoré spôsobujú žiarením vyvolanú nauzeu a zvracanie: ožarovaná plocha, dávka a frekvencia podávanej radiácie, kombinácia rádioterapie a chemoterapie. Chemoterapiou indukovaná nauzea a zvracanie môže byť klasifikované ako: akútna – do 24 hodín od podania chemoterapie, oneskorená – vyskytuje sa 24 hodín po podaní chemoterapie a môže pretrvať po dobu 6-7 dní, predpokladané – očakávaná pre podaním plánovanej následnej chemoterapie. Interná emetogenecita chemoterapeutík je veľmi dôležitá pri chemoterapeutickej liečbe onkologických pacientov. Chemoterapeutiká sa líšia v čase nástupu a trvania nauzey a zvracania. Výskyt, začiatok, trvanie a závažnosť nauzey a zvracania závisí predovšetkým od emetogenetického potenciálu chemoterapeutika (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Špecifické psychologické faktory

Strach, stres, úzkosť očakávania pred liečbou môžu spustiť alebo zhoršiť nauzeu a zvracanie. Nauzea a zvracanie sú vždy fyzickou reakciou na stres. Pacient s vysokou úzkosťou môže byť náchylnejší k rozvoju očakávanej nevoľnosti pretože si viac uvedomuje a venuje viac pozornosti klinickým prejavom ochorenia (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Enviromentálne faktory

Na výskyt nauzey a zvracania má vplyv i prostredie. Stimuly, ktoré môžu vyvolať nauzeu a zvracanie sú napr. neutrálne – onkologická sestra, podmienené stimuly - zápach, zvuk, prostredie. Napriek farmakologickému manažmentu akútnej a oneskorenej nauzey a zvracania, farmakologické intervencie sú menej efektívne než zvládnutie očakávanej nauzey a zvracania. Výskumy by sa mali preto sústrediť na výskum intervencií ktoré môžu ovplyvniť podmienené podnety (klinické podnety) a alternatívnu liečbu - psychologické, behaviorálne intervencie s dôrazom na prevenciu očakávanej nauzey a zvracania a kvalitu života pacienta (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Zmeny vzťahov v rodine môžu vplývať na telesné prejavy chemoterapie. Kim a Morrow(2003) zistili u 233 onkologických pacientov, že prevalencia nauzey a zvracania súvisela s intenzitou konfliktov v rodine. Vystupňované konflikty v rodine pacientov boli spojené s dlhším trvaním postchemoterapeutickej nauzey a zvracania a so závažnejšou očakávanou nevoľnosťou u mladých pacientov.

Assesment a hodnotiace nástroje posudzovania nauzey a zvracania

Keďže nauzea je subjektívny fenomén môže byť posudzovaný a meraný subjektívne. Zvracanie môže byť objektívne posudzované a merané. Súbor symptómov nauzey a zvracania môže byť posudzovaný prostredníctvom kľúčových indikátorov: vyskytujúce sa príznaky, príznaky úzkosti, príznaky predchádzajúcich skúseností.

Vyskytujúce symptómy nauzey a zvracania

Zisťujeme koľkokrát sa vyskytla nauzea a zvracanie u jedincov za určitý čas a trvanie nauzey a zvracania, resp. pretrvávanie subjektívnych ťažkostí nauzey a zvracania.

Začiatkové posúdenie nauzey a zvracania malo by byť vykonané pred onkologickou liečbou so zameraním na dôslednú osobnú anamnézu pacienta a identifikáciu rizikových faktorov nauzey a zvracania. Pacient by mal byť liečený podľa svojho individuálneho, jedinečného rizikového profilu. Presné posúdenie je základom efektívneho plánovania intervencií a redukcie nauzey a zvracania.

Následné posúdenie zahŕňa účinky iniciálnej liečby. Má byť zamerané na určenie modelu nástupu, frekvencie, intenzity a úzkosti z nauzey a zvracania a takisto z prieskumu faktorov, ktoré zmierňujú alebo zhoršujú príznaky nauzey a zvracania. Do posudzovania zahrnúť aj informácie o výžive, zmene chuti a hmotnosti a psychologické faktory. Anamnéza má obsahovať informácie o pridružených zdravotných problémov, aktuálnych liekov, liečbe pacienta a o výskyte nežiaducich účinkov liečby a podmienok liečby.

Informácie získavame rozhovorom, dotazníkom, hodnotiacim nástrojom. Otvorenými otázkami povzbudíme pacienta k vyjadreniu vlastných pocitov. Sestry i výskumníci majú osobitnú pozornosť venovať i výpovediam rodinných príslušníkov pacienta, záznamom pozorovania, opisom symptómov nauzey a zvracania z denníka pacienta. Pomocou denných záznamov pacienta sestry sú schopné rozpoznať vyskytujúce sa príznaky a naplánovať stratégie manažmentu starostlivosti, nefarmakologické i farmakologické intervencie.

Na posúdenie nauzey a zvracania boli vyvinuté špecifické hodnotiace nástroje. Dôležité sú i kritéria pri výbere nástroja na meranie jednotlivých symptómov, v priebehu iniciálneho kontaktu mali by sme posúdiť pacientove predchádzajúce problémy s príznakmi nauzey a zvracania a predpokladané očakávania pacienta (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Rhodes a McDaniel (1999) testovali reliabilitu ich indexu nauzey, zvracania a dávenia a pridruženú úzkosť – INVR nástroj (Index of Nausea, Vomiting, and Retching). Nástroj obsahuje 8 položiek na 5 bodovej Likertovej škále. Hodnotí pacientove subjektívne meranie ťažkostí, dĺžku trvania nauzey, frekvenciu, úzkosť z nauzey, frekvenciu zvracania, množstvo zvratkov, úzkosť zo zvracania a frekvenciu dávenia. INVR nástroj má veľmi silnú vnútornú konzistenciu Cronbachov alfa koeficient 0,98 a bol preložený do mnohých svetových jazykov.

Komplexné nástroje, ktoré obsahujú jednu alebo viac zložiek nauzey a zvracania sú vhodnejšie na hodnotenie sprievodnej symptomatológie. Napríklad nástroj, ktorý meria symptóm vzniku a príznaky úzkosti ASDS (Adapted Symptom Distress Scale), obsahuje 31-položiek, na 5-bodovej hodnotiacej škále. Sebahodnotiaci nástroj meria vnímanie pacientovej úzkosti zo 14 symptómov: nevoľnosť, vracanie, bolesť, spánok, únava, defekácia, dýchanie, kašeľ, sústredenie, slzenie, zmeny v telesnej teplote, vzhľad a nepokoj. Použitie nástroja poskytuje celkové skóre symptómov pre skúsenosti, skóre príznakov výskytu, skóre symptómov úzkosti a subškálu skóre na šesť príznakov v kategóriách: gastrointestinálne, únava / nepokoj, koncentrácia, bolesť / nepohodlie, dýchacie cesty a vzhľad. ASDS nástroj je vysoko spoľahlivý s vnútornou konzistenciou 0,91 pre celkový výskyt a spoľahlivý pre subškály v rozsahu 0,38 – 0,84 (Rhodes et al. 2001). Ďalším nástrojom je SDS (Symptom Distress Scale) je 13 položkový s vnútornou konzistenciou Cronbachov alfa koeficient od 0,84 (McMillan, Small, 2002).

The Memorial Symptom Assessment Scale meria buď jednotlivé položky alebo hodnotí celkovo. Vnútorná konzistencia je Cronbachov alfa koeficient 0,88. The Memorial Symptom Assessment Scale obsahuje 32 symptómov a tri dimenzie frekvencia, závažnosť a úzkosť. Kratšia verzia The Memorial Symptom Assessment Scale - krátky formulár (32 symptómov s jednou dimenziou) a skrátaná (14 symptómov s jednou dimenziou), a verzia pre deti vo veku 7-12 rokov,. Charakteristickým rysom je súhrn podškály fyzické utrpenie, psychická tieseň, úzkosť a globálny index. The Memorial Symptom Assessment Scale sa osvedčil pri opise epidemiológie príznakov, symptómov bolesti, únavy a spirituality, ako prediktor prežitia, a na hodnotenie bolesti. The Memorial Symptom Assessment Scale bola použitá pri štúdiách rakoviny a AIDS chorých a pacientov s pokročilým ochorením. Možné sú budúce úlohy nástrojov v klinických štúdiách (Portenoy et al. 1994.)

Ošetrovateľské intervencie

Prevenia je optimálna intervencia pre nauzeu a zvracanie u pacientov s onkologickým ochorením. Cieľom prevencie je minimalizovať alebo eliminovať stimuláciu centra zvracania, prípadne tlmiť prenos informácií z receptorov.

Na prevenciu nauzey a zvracania vyvolaných chemoterapiou a rádioterapiou sú vhodné farmakologické intervencie. Prevencia nauzey a zvracania zahŕňa prechemoterapeutické a postchemoterapeutické intervencie. Prechemoterapeutické intervencie začínajú antiemetickou liečbou pred podaním chemoterapie podľa stupnice emetogenecity 5-4-3-2. Oneskorená nauzea a zvracanie je riadené postchemoterapeutickými intervenciami. Antiemetické lieky sú podávané kontinuálne aj v období po chemoterapeutickej limbe proti emetogenetickým podnetom stupňa 5-4-3. Prevencia predpokladanej nauzey a zvracania sa realizuje optimálnou antiemetickou terapiou v priebehu každého cyklu chemoterapie.

V rámci prevencie je dôležitá, nezávislá edukačná rola sestry. Edukácia by mala zahŕňať informácie o ktoré majú pacienti zájem. Informácie by mali byť podávané v pozitívnom zmysle slova, nie ako hrozba, pred liečbou s ohľadom na pacienta jeho skúsenosti a očakávania (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Farmakologické intervencie

Symptómy nauzey a zvracania sú často riešené farmakologicky antiemetickou liečbou. Účinok antiemetickej liečby je založený na ovplyvnení príčiny nauzey a zvracania, receptorov, miesta účinku, dávky, farmakologickej aktivity, spôsobu podania. Adekvátne je kombinácia liekov. Rôzne antiemetiká a ďalšie lieky sú vhodné na prevenciu nauzey a zvracania podľa individuálnych príznakov pacienta. Serotonín 5-HT-receptor antagonista, NK-1-receptor antagonista, Dopamín – receptor-antagonista, Benzodiazepíny. Ďalšie antiemetické lieky, ktoré majú antiemetický účinok – antihistaminiká, kortikosteroidy, kanabinoidy (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Nefarmakologické intervencie

Nefarmakologické intervencie sa zvyčajne používajú v kombinácii s farmakologickou liečbou. Mnohé nefarmakologické intervencie sú založené na porozumení biologického účinku farmakologickej intervencie a psychologickému porozumeniu behaviorálnych intervencií. Výskum účinku nefarmakologických intervencií je limitovaný, štúdie sa opierajú o efektívnosť rôznych nefarmakologických intervencií.

Výživa a prostredie

Klinické štúdie ukázali, vplyv jedla na nauzeu a zvracanie onkologických pacientov. Ako efektívne sa ukázali intervencie – pacientom podávať malé dávky obľúbeného jedla, neodráždivú stravu, studené nápoje s CO₂, kyslé potraviny (citróny, kyslo naložená zelenina, kyslé tvrdé cukríky,). Sú lepšie tolerované pacientmi ako sladké, mastné, solené, korenené jedlá, ktoré môžu vyvolať nauzeu a zvracanie. Pacientove preferencie nejest' majú odlišené od odmietania jedla pre inú príčinu ako nauzea a zvracanie napr. pre abdominálnu syndrom - bolesť, zápchu, hnačku, abdominálnu tenziu (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Enviromentálne faktory

Enviromentálne faktory môžu pomôcť pri prevencii nauzey a zvracania. Pred antiemetickou liečbou sa odporúča redukovať zrakové, sluchové, čuchové podnety, ktoré vyvolávajú nauzeu a zvracanie. Eliminovať neprijemné zápachy a vône z prípravy jedla. Budúci výskum mal by sa venovať vplyvu prostredia na vznik nauzey a zvracania (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Alternatívna intervencie

Akupresúra je neinvazívna metóda, pri ktorej sa tlakom prsta masírujú body používané pri akupresúre. Odpovedajúcim bodom pre kontrolu zvracania je P6 Neiguanov bod (umiestnený na vnútornej strane predlaktia, približne 5 cm od zápästia). Literatúra neudáva presvedčivé dôkazy o účinnosti tejto techniky. Svalová relaxácia, cvičenie je jednou z hlavných techník na zníženie úzkosti, tá môže vyvolávať nauzeu a zvracanie. Relaxáciu môžeme vykonávať individuálne (audiokazety) alebo skupinovo (O'Connor, Aranda, 2005).

Muzikoterapia, a riadené predstavy sú intervencie na podporu relaxácie a rozptýlenia. Slúžia ako doplnok k liečbe a ďalších opatrení. Je liečba pomocou riadených predstáv. V riadených predstáv jednotliviec vizualizuje príjemné, ukludňujúce obrazy alebo scény a zároveň relaxuje alebo počúva ukludňujúcu hudbu. Intervencie sú účinné na zníženie nauzey a zvracania ako samostatné alebo v kombinácii s muzikoterapiou alebo so svalovou relaxáciou (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Hypnóza alebo sugestívna terapia – je technika sebakontroly, v ktorej sa jedinec učí vyvolať fyziologický stav bez nauzey a zvracania. Hypnóza môže byť účinná pri kontrole nauzey a zvracania v kombinácii s antiemetikami, môže vplyvať na zníženie dávky a požadovanej frekvencii lieku (Langhorne, Fulton, Otto, 2007).

Masáže Pomôcť môže terapeutický dotyk a masáž od jemného priloženia ruky na pacienta ako výraz účasti a porozumenia až po masáž na uvoľnenie svalového napätia. Zlepšenie cirkulácie alebo zníženie lymfedému. Dotyk pomáha skôr nepriamo na zníženie nepokoja a úzkosti ako priamo na fyziologickú príčinu nauzey a zvracania (O'Connor, Aranda, 2005).

Záver

Očakávané výsledky ošetrovateľských intervencií u symptómov ako sú nauzea a zvracanie mali by obsahovať hodnotenia príznakov zdravotného stavu, kvality života a výkonnosť pacienta. Splnenie očakávaných výsledkov sa prejaví vo funkčnosti pacienta v oblasti fyzickej aktivity, v aktivitách denného života, v sociálnych interakciách, vo vykonávaní role, v kognitívnych dimenziách.

Použitá literatúra

- [1] DIBBLE at al. 2004. *Chemotherapy – induced vomiting in women treated for breast cancer*. Oncol Nurs Forum. 2004. ISSN 0190-535X vol. 31 no 1, E1-8.
- [2] ECKERT RM. 2001. *Understanding anticipatory nausea*. Oncol Nurs Forum. 2001. ISSN 0190-535X vol. 28 no 10 p.1553 – 1560.

- [3] KIM, Y. MORROW,G.R. 2003. Changes in family relationships affect the development of chemotherapy – related nausea symptoms. Support Care Cancer.2003. Online ISSN 1433-7339 Vol. 11, no.3, p. 171 -177.
- [4] LANGHORNE, M., FULTON,J., OTTO, S., E. 2007. *Oncology Nursing*. Publisher: Mosby; 5 edition, 2007, 816 p. ISBN-13 978-0323041850.
- [5] MCMILLAN, S.C., SMALL, B. 2002. *Symptom distress and quality of life in hospice patients with cancer*. Oncology Nursing Forum, 29(10), 1421-1428.
- [6] O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [7] PORTENOY, R.K. et al. 1994. *The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress*. European Journal of Cancer, Online ISSN 1365 – 2354. 30A(9), p. 1326-1336.
- [8] RHODES, V.A et al. 2001. *An instrument to measure symptom experience. Symptom occurrence and symptom distress*. Cancer Nurs 2000. ISSN 0162-220X 23: 49-54.
<http://journals.lww.com/cancernursingonline/pages/default.aspx>
- [9] RHODES VA, MCDANIEL RW. 1999. *The index of nausea, vomiting, and retching: a new format of the Index of nausea and vomiting*. Oncol Nurs Forum 1999; ISSN 0190 – 535 X, vol 26 no. 5p. 889-94.

Kontakt

PhDr. Mária Novyzedláková,PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.novyzedlakova@ku.sk

OŠETROVATEĽSKÉ POSÚDENIE STAVU VÝŽIVY SENIORA

Jana Otrubová, Monika Jankechová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava v Nových Zámkoch

Abstrakt

Výživa predstavuje vzájomnú interakciu medzi organizmom a prijatou potravou. Má významnú úlohu vo vývoji ľudskej spoločnosti, pre udržanie dobrého zdravotného stavu. Stravovaním si človek neuspokojuje len hlad, ale je sprevádzané aj pozitívnymi emóciami. Dobré jedlo môže byť zdrojom spokojnosti a uspokojenia potrieb človeka v každom veku. Multifaktoriálne ovplyvnenie stravovania seniorov môže viesť k poruchám výživy, akou je i malnutícia, ktorá predstavujú nie len medicínsky, ale aj ošetrovateľský problém. Predkladaný príspevok má teoretický charakter, autorky v ňom poukazujú na možnosti využitia metód pri posúdení stavu výživy seniorov sestrou.

Kľúčové slová

Výživa. Senior. Posudzovanie. Malnutícia.

NURSING ASSESSMENT OF SENIOR NUTRITIONAL STATUS

Abstract

Nutrition represents all the interactions between the organism and food intake. It has got an important role in the development of human society and in maintaining good health. Eating does not only satisfy hunger but it also evokes positive emotions in humans. Good food could be the source of satisfaction and meeting human needs at any age. The multifactorial influence of elderly diet might lead to nutritional disorders such as malnutrition, which is not only a medical but also a nursing problem. This report is theoretical, where the authors present the ways of using methods for assessing the nutritional status in the elderly patients provided by nurses.

Key words

Nutrition. Senior. Assessment. Malnutrition.

Úvod

Príjem potravy ako základná biologická potreba je reakciou na potrebu výživy a tiež návykovým prejavom chuti na niečo. Podmienkou existencie a kvality života podľa Tomagovej (2008, s. 53) je adekvátna výživa ako predpoklad udržiavania biologickej homeostázy organizmu.

Úspešné starnutie ovplyvňuje veľa faktorov. Dodržiavanie zásad správnej výživy patrí k významným predpokladom zdravia ako i udržiavaniu dobrej kondície seniorov. Správna výživa

významne ovplyvňuje celkový stav organizmu jeho telesnú a duševnú výkonnosť, odolnosť voči infekciám, znižuje frekvenciu hospitalizácií. V starobe sú nutričné požiadavky rovnaké ako v dospelom veku pri priemernej fyzickej záťaži.

Výživu vo vyššom veku ovplyvňujú nasledovné faktory:

Biologické: defektný chrup, atrofia sliznice pažeráka, žalúdka, čreva, pomalšie vyprázdňovanie žalúdka, spomalenie peristaltiky, znížená tvorba tráviacich enzýmov, redukcia kostrového svalstva – zmenšenie pohybovej aktivity a tým zníženie energetickej spotreby, oslabenie zmyslov ako je chuť, zrak a čuch, užívanie liekov a chorobné zmeny.

Psychické: poruchy pamäte, poruchy vnímania, slabá motivácia, nedostatok vôle, depresia, demencia.

Sociálne a ekonomické faktory: osamelosť, sociálna izolácia, nedostatok financií, závislosť od pomoci.

Porucha výživy patrí k najčastejším poruchám v starobe. Výživa zohráva významnú úlohu v starostlivosti o seniora. V starobe sa poruchy výživy vyskytujú častejšie ako v mladšom veku. K častým poruchám výživy patrí malnutrícia. Jurašková (2007) uvádza, že určitým stupňom malnutrície trpí takmer každý človek nad 80 rokov a pokročilé formy malnutrície sa vyskytujú asi v 50 %.

Malnutrícia je stav výživy, kedy deficit energie, proteínov a ostatných nutrientov spôsobuje merateľné vedľajšie účinky na tkanivá, funkciu či klinický stav.

Malnutrícia vzniká ako dôsledok nepomeru medzi nízkym energetickým príjmom a jeho zvýšenou potrebou napr. pri akútnych, chronických alebo metabolických chorobách, pri zvýšených stratách a v starobe často pri neschopnosti pripraviť si a skonzumovať stravu. Nepomer môže vzniknúť pri nedostatočnom príjme potravy a nemeniacich sa potrebách organizmu, alebo pri dostatočnom príjme potravy a zvýšení potreby. Malnutrícia u seniorov vzniká často pri nedostatočnom prísune plnohodnotnej potravy, pri nedostatočnom spracovávaní a vstrebávaní nutrientov oproti požiadavkám organizmu ako dôsledok fyzických, mentálnych, sociálnych limitov (Hegyi, 2010). K príčinám malnutrície v starobe patrí anorexia, starobné zmeny, depresia, bolesť, dýchavičnosť, nádory, obstipácia, imobilita, lieky, malabsorpcia, neschopnosť zaobstarat' si potravu, demencia, poruchy príjmu potravy, poruchy prehĺtania, vracanie, nesprávne zloženie potravy, chudoba, nesprávne návyky, zvýšená spotreba živín - hojenie rán, hypertyreóza, dekompenzovaný diabetes mellitus, tumory, infekcie, Alzheimerova choroba (Pavlov, 2007).

Hlavným príznakom malnutrície je pokles hmotnosti o 5% za mesiac, alebo o 10 % za 6 mesiacov. K subjektívnym príznakom patria nechutenstvo, slabosť a zmätenosť. K objektívnym príznakom patria úbytok svalov, opuchy, suché depigmentované vlasy a ich vypadávanie, hnačka, suchá a olupujúca sa koža. V laboratórnych nálezoch je prítomný pokles krvných bielkovín najmä albumínu, pokles hemoglobínu, železa, urey, cholesterolu, Na, Ca, Mg. V klinickom stave starého človeka sa malnutrícia odráža v spomalenom hojení rán, v rozpade rán po chirurgických zákrokoch, zníženej imunite, osteoporóze, riziku pádov, ortostatickej hypotenzii. V klinickej praxi rozlišuje malnutríciu energetickú spôsobenú

zniženým príjmom všetkých nutričných zložiek a proteínovú spôsobenú nedostatočným prívodom proteínov (Malíková, 2008).

Posudzovanie v geriatrickom ošetrovatel'stve predstavuje komplexné bio-psycho-sociálne zhodnotenie starého človeka s rešpektovaním osobitostí vyššieho a vysokého veku. Orientuje sa na potreby, ktoré sú v dôsledku staroby a choroby modifikované. „Na získavanie údajov sestra používa pozorovanie, rozhovor, fyzikálne vyšetrenie a funkčné testy, výsledky laboratórnych a iných vyšetrení“ (Poledníková, 2006, s. 43). Sestra hodnotí somatický stav - výživu, vyprázdňovanie, spánok, hydratáciu, psychický stav - vedomie, pamäť, náladu, myslenie a funkčný stav - mieru sebestačnosti.

Stav výživy je komplexný problém. Predpokladom správneho stanovenia nutričnej podpory je správne zhodnotenie stavu výživy seniora. Zhodnotenie nutričného stavu je dôležitou súčasťou komplexného funkčného geriatrického vyšetrenia. V praxi to znamená aktívne vyhľadávanie nutričných porúch u všetkých seniorov v rámci ambulantnej i ústavnej starostlivosti.

Pre hodnotenie stavu výživy sa používa metóda " ABCD".

- A - zber antropometrických hodnôt,
- B - hodnotenie biochemických údajov,
- C - vyšetrenie klinických parametrov stavu výživy,
- D - získanie výživovej anamnézy.

Antropometrické merania poskytujú informácie o veľkosti a zložení tela. V rámci antropometrických meraní sa sestra zameriava na meranie výšky, hmotnosti, výpočet hmotnostného indexu, meranie kožnej riasy kaliperom a obvodu svalu ramena, lýtka. Výška kožnej riasy u starého človeka nemusí mať spoľahlivú výpovednú hodnotu z dôvodu straty elasticity kože a podkožia. Hmotnostný index - BMI určuje, či je hmotnosť primeraná výške. Za normu sa považuje hodnota BMI v rozmedzí 20 - 25. Predpokladom použitia BMI je reálne meranie výšky a hmotnosti seniora.

Biochemické údaje pomáhajú určiť subklinické poruchy výživy (malnutríciu). Patrí sem stanovenie hematokritu a hemoglobínu, vyšetrenie sérového albumínu, transferínu, celkového počtu lymfocytov, dusíkovej bilancie, hladiny hormónov štítnej žľazy v krvi a kreatinín výškový index, ktorý vyjadruje pomer medzi zisteným a očakávaným vylučovaním kreatinínu u zdravého dospelého človeka rovnakého pohlavia a výšky. Podľa Hegyiho (2010, s. 153) sa kreatinín výškový index využíva na orientačné určenie proteínovej deplécie. *Klinické indikátory* stavu výživy určujú vplyv výživy na väčšinu systémov v organizme a ich vyšetrenie môže odhaliť problémy výživy. Posudzovanie začína fyzikálnym vyšetrením. Sestra posudzuje celkový vzhľad seniora, vyšetruje brucho, hrudník, kožu, prídavné orgány kože, jazyk, sliznice, oči, vlasy, svalstvo, nervový systém, tráviaci systém, srdcovo - cievny systém. Meria a hodnotí fyziologické funkcie, funkčný stav svalového tkaniva ručným dynamometrom.

Výživová anamnéza je neoddeliteľnou súčasťou nutričného skreeningu, obsahuje údaje o spôsobe a frekvencii stravovania, o stravovacích návykoch seniora, preferencii jedál,

obmedzeniach, dennom príjme tekutín, príjme vitamínov a minerálov, konzumácii alkoholu, a psychosociálnych problémoch pri konzumácii jedla.

Pri odoberaní anamnézy sa zisťuje 24-hodinový program stravovania, problémy s výživou, fyzická aktivita a lieky, ktoré senior užíva v závislosti od jedla. V rámci výživovej anamnézy môže sestra použiť i meracie škály k doplneniu údajov. V geriatrickom ošetrovatelstve sú odporúčané Mini nutritional assesment a Nottinghamský screeningový dotazník.

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT nachádza využitie spravidla v ambulantnej sfére. Skladá sa zo 4 oblastí: antropometrické meranie (BMI, obvod ramena, lýtka, úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace), celkové hodnotenie (závislosť IADL, užívanie liekov, mobilita, ochorenie, úraz za posledné 3 mesiace, psychický stav, dekubity), stravovacie návyky (počet jedál za deň, konzumácia mlieka, ovocia, zmeny v stravovaní za posledné 3 mesiace, príjem tekutín, schopnosť najesť sa), subjektívne posúdenie (problémy s výživou, hodnotenie vlastného zdravia v porovnaní s osobami toho istého veku).

NOTTINGHAMSKÝ SCREENINGOVÝ DOTAZNÍK má využitie spravidla v nemocničnej sfére a je zameraný na 4 oblasti: BMI, nechcený úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace, zníženie príjmu potravy za posledný mesiac pred hospitalizáciou a stresový faktor.

Liečba nutričných porúch spočíva v nutričnej podpore, úprave a zlepšení socioekonomických podmienok, edukácii seniora a jeho rodiny o biologickej a kalorickej potrebe. Cieľom nutričnej podpory je poskytnúť potrebné živiny a kalórie seniorovi, ktorý nie je z najrôznejších príčin schopný ich v dostatočnom množstve prijať v normálnej strave. Nutričnú podporu môžeme podávať ústami - popíjaním (angl. sipping), alebo seniorom, ktorí nemôžu prijímať potravu ústami, ale majú funkčný tráviaci trakt podávame výživu sondou, či alternatívnou metódou - transkutánnou gastrostómiou. Pri afunkčnom tráviacom trakte sa výživné roztoky podávajú parenterálne do periférnej alebo centrálnej žily počas hospitalizácie v nemocnici alebo v domácom prostredí sestrou agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

Anamnestické údaje a celkového hodnotenie seniora výrazne napomáhajú predpokladať problémy v oblasti jeho výživy. Identifikácia vysoko rizikových seniorov umožňuje najmä zlepšiť ich nutričný stav a zabrániť komplikáciám a zhoršovaniu zdravotného stavu. Malnutricia výrazne zhoršuje sebestačnosť, zvyšuje riziko inštitucionalizácie, riziko vzniku komplikácií a tým sa značne podieľa i na kvalite života seniora. Diagnostika malnutricie musí byť komplexná tak z medicínskeho ako aj ošetrovateľského pohľadu.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] HEGYI, L. a kol. 2010. Geriatria. Bratislava: Vydavateľstvo Herba. 2010. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- [2] JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D. 2007. Poruchy výživy ve stáří. In Medicína pro praxi 2007. 4(11) s. 443–446. ISSN 12-14-8687.
- [3] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

- [4] KRAJČÍK, Š., ROMANČÍKOVÁ, K. 2006. Poruchy výživy v starobe. In Revue medicíny v praxi, roč. 4, 2006, č. 4. s. 8 - 12. ISSN 1336- 202X.
- [5] MALÍKOVÁ, K. 2008. Posúdenie stavu výživy seniora. In Sestra, roč. VII, 2008. č. 3-4. s. 30-32. ISSN 1335-9444.
- [6] PAVLOV, P. 2007. Výživa v starobe a jej poruchy. In Via practica. 2007, roč. 4. (12) s. 556–558. ISSN 1336-4790.
- [7] POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Martin: Vydavatel'stvo Osveta. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- [8] TOMAGOVÁ, M. a kol. 2008. Potreby v ošetrovatel'stve. Martin: Vydavatel'stvo Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

Kontaktná adresa

PhDr. Jana Otrubová, PhD

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Námestie 1. mája č. 1, 810 00 Bratislava

mobil: 0918 855 581

e-mail: jana.otrubova@gmail.com

PŘÍNOSY ÚČINNOSTI SYSTÉMU ŘÍZENÍ KVALITY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Jana Pacáková

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Abstrakt

V úvodu je definován pojem kvalita a je nastíněn jeho historický vývoj. Je zde uveden popis systémů řízení kvality a stručný popis nástrojů měření kvality. Zároveň jsou popsány možné bariéry zavádění systému v nemocnicích. Další část práce je zaměřena na Psychiatrickou léčebnu Kosmonosy. V tomto zařízení byla provedena analýza řízení kvality s následnou identifikací bariér důsledného uplatňování systému na odděleních. Byly vysvětleny změny, které nastaly od zavedení systému. Zároveň jsou zhodnoceny ekonomické výsledky.

Klíčová slova

Akreditace, certifikace, kvalita, řízení kvality, management kvality.

GAINS FROM QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IMPLEMENTATION IN HOSPITALS

Abstract

In the introductory part of the work quality is defined and its historical development is outlined. Description of quality management systems and brief description of quality measurement tools are provided. Possible barriers to implementing the system in hospitals are also described. The next part of the work focuses on Psychiatric hospital Kosmonosy. Quality control analysis with consecutive identification of barriers to consistent application of the system in hospital departments was conducted in this facility. Changes occurred after implementation of the system were explained. Economic results are also evaluated.

Key words

Accreditation, certification, quality, quality control, quality management.

Úvod

V posledních letech se koncepce zdravotnictví na našem území postupně mění. Veřejnost získává mnohem větší přehled o zdravotnické legislativě a také informace z různých oblastí současné medicíny. Lidé se hlásí o právo výběru, jakému zdravotnickému zařízení svěřit péči o své zdraví. Současný pacient se dostal do pozice zákazníka, kterého musí konkrétní organizace zaujmout nejčastěji nabídkou a kvalitou poskytovaných služeb, prostředím apod. Konkurence v tomto směru narůstá, proto se také zvyšuje i potřeba oficiálních vyjádření určitého standardu kvality. Vznikly různé modely pro řízení managementu kvality, ze kterých si mohou jednotlivá zařízení vybrat ten nejvhodnější.

V tomto textu je zkoumaná, v mnoha ohledech poměrně citlivá, oblast psychiatrie. Vzhledem ke spektru zastoupených diagnóz mají pacienti v tomto oboru relativně vysoké nároky na prostředí, v nichž probíhá jejich léčba. Dále se zvyšují nároky klientů na ochranu osobních dat ze strachu z „vyzrazení“ jejich léčby na psychiatrii. Mnohem více se klade důraz na dovednosti a vzdělání lékařů, psychologů, psychoterapeutů a dalších terapeutů, ale i zdravotních sester. Právě ty jsou také velmi často ve velmi úzkém kontaktu s pacienty. Právem je zdůrazňována nutnost zlepšení bezpečnosti pacientů (ochrana před záměnou léků, infekčními chorobami apod.), ale i bezpečnost personálu vzhledem k nebezpečí napadení pacienty. Zdravotníci jsou vystaveni vysokému riziku syndromu vyhoření atd. V tomto směru je velmi důležité mít jasně popsané a legislativně podpořené procesy přispívající ke kvalitě a bezpečí při poskytování zdravotní péče.

Cílem tohoto textu je identifikování problémů bránících důslednému uplatňování systému řízení kvality na jednotlivých odděleních Psychiatrické léčebny Kosmonosy, která byla akreditována podle Spojené akreditační komise, a zhodnocení přínosů účinnosti systému řízení kvality se zaměřením na ekonomické výsledky.

Podpůrnou metodou pro zjištění účinnosti systému řízení kvality je dotazníkové šetření, strukturované interview a studium dokumentů. V závěru je uvedeno ekonomické zhodnocení.

Kvalita

Současná definice kvality vychází z normy ČSN EN ISO 9000:2006: „*Kvalita je stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků*“. Tyto znaky jsou podle Vítězové (2009) požadavkem na kvalitu. Bývají spojené s výrobkem, službou či systémem a tvoří jeho součást. V kvantitativní podobě se měří a v kvalitativní podobě mohou být pro daného klienta/pacienta rozhodující, např. z důvodu příjemného vystupování personálu. Výše citovaný dokument shrnuje všechny znaky produktu, které požaduje zákazník. V této souvislosti se také mluví o managementu kvality, jenž norma vysvětluje tak, že daná organizace zaručuje shodu s požadavky jejich zákazníků, resp. pacientů.

Objevuje se mnoho dalších definic a pohledů na kvalitu (resp. jakost). Například Madar (2004) popisuje kvalitu jako „*celkový soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby*“. Juranova charakteristika kvality přihlíží, z hlediska klienta, ke dvěma aspektům. První z nich vychází z tvrzení, že vyšší kvalita znamená větší počet prvků uspokojujících potřeby zákazníků. Druhý aspekt se vztahuje k „*osvobození od problémů*“³⁹. Crosby definuje kvalitu jako soulad s požadavky a také nulovým výskytem chyb. K dosažení kvality se, podle jeho slov, dosahuje s pomocí prevence⁴⁰.

³⁹ Vlastní překlad. Srov. JURAN INSTITUTE. *Our Founder*. 2009, <http://www.juran.com/about_juran_institute_our_founder.html>.

⁴⁰ Vlastní překlad. Srov. PHILIP CROSBY ASSOCIATES. *Biography Philip B. Crosby, dat. publikace neuvedeno*, <<http://www.philipcrosby.com/25years/crosby.html>>..

Soubory procesů QM, zabezpečování a řízení kvality

Soubory činností je nutné vzájemně propojit. Musí být vzájemně koordinovány a harmonizovány tak, aby odpovídaly systémům managementu kvality. Proto je možné management kvality chápat také jako „*soubor vzájemně souvisejících prvků, který je nedílnou součástí celkového systému řízení organizací a který má garantovat maximalizaci spokojenosti a loajality zainteresovaných stran při minimální spotřebě zdrojů*“. Jako prvky systému se v této definici označují procesy, materiály, informace a zařízení, které jsou v organizaci využívány bez snížení schopnosti produktů plnit své požadavky (Nenadál, J. a kol., 2008).

Systém kvality ve zdravotnictví

Úkolem řízení managementu kvality ve zdravotnictví je kontinuální zvyšování kvality péče. Ta by měla být v shodě s potřebami a požadavky pacientů, ale i vnitřních (např. lékaři daného zařízení žádající o laboratorní vyšetření „svého“ pacienta) či vnějších klientů. Snahou celého procesu zavedení a řízení managementu kvality je co nejvyšší eliminace chyb, nežádoucích výsledků, promrhaného času a v neposlední řadě i omezení zvýšených nákladů spojených s nedostatečnou kvalitou konkrétního zdravotnického výkonu nebo služby (Gladkij, 2003).

Z pohledu organizace jsou požadavky zaměřeny na bezpečnost, navyšování přidané hodnoty, rozvíjení organizační kultury a samozřejmě i plnění platné legislativy a jejích změn. Implementace managementu kvality bývá v praxi často vystavena odporu zaměstnanců vůči změnám. Proto některé organizace zavádí „roadshow“. Při této aktivitě se zaměstnanci seznamují s konkrétním systémem managementu kvality a mají taktéž možnost se k němu vyjádřit. Je důležité sledovat průběžně aktuálnost systému a jednotlivých standardů, aby nedošlo k jejich degradaci. Značnou úlohu mají v tomto směru vedoucí pracovníci, kteří se starají o hodnocení a nezávislá měření. Existují překážky při implementaci systému managementu kvality. Ty se skládají z obsahově koncepčních překážek (rozdílné chápání kvality a managementu kvality), organizačně strukturálních překážek (tam, kde je organizačně nezakotvená odpovědná osoba za kvalitu, nespolupráce či vážnoucí komunikace mezi pracovišti) a personálně kulturních překážek, které vznikají například na základě individuálních představ pracovníků o hodnotách, rozdílech v myšlení, obav ze ztráty kompetencí či pracovního místa apod. (Pokořová, 2010).

Systémové modely kvality ve zdravotnictví

V současné době se objevuje několik typů modelů kvality, které definují oblasti pro zlepšování kvality ve zdravotnictví a zároveň se opírají i o běžné manažerské systémy. Implementace těchto modelů obsahuje ohraničení problému, sestavení způsobu řešení, zavedení programu do systému daného zařízení a jeho přijetí do každodenní činnosti (Gladkij, 2003). V současné době jsou využívány níže uvedené systémy řízení kvality:

- Management kvality dle ISO.
- Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).
- Joint Commission International Accreditation (JCIA).
- Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR).

- Malcom Baldrige.
- Total Quality Management (TQM).
- European Foundation for Quality Management (EFQM).

Nástroje řízení kvality

Mezi nástroje řízení kvality a bezpečí zdravotní péče bývají řazeny interní a externí audity. Interní audity jsou zpravidla prováděny vlastními zaměstnanci zařízení. Obvykle jsou závislé na konkrétním zařízení, jeho vedení a na pracovnících, kteří řídí oddělení interního auditu. Externí audit provádí pracovníci, jenž nejsou zaměstnanci daného zařízení. Jeho podstatou je nezávislost auditorů na zařízení a jeho vedení. Tento typ činnosti je prováděn podle stanovených norem a postupů, které byly mezinárodně sjednoceny a nelze je příliš měnit (Synek a kol., 2007).

V rámci zdravotnického zařízení se dále mluví také o zdravotnickém auditu. Ten je na tomto místě nedílnou součástí měření kvality. Úspěchy zdravotnických pracovníků a jednotlivých úseků zdravotnického zařízení se srovnává pomocí porovnávání dat a zjišťuje se jejich shoda, popř. neshoda s plněním plánu. Kontroluje se kvalita a úplnost chorobopisů, dokumentace, či politiky předepisování léčiv. Léčebnou a ošetrovatelskou péčí ovlivňuje veliké množství faktorů a proměnných. Proto se při těchto typech auditů různých parametrů, kritérií umožňující vyhodnocení celého procesu, provádí například klinicko – patologické konference, ošetrovatelský audit apod. Mezi popisované nástroje dále patří rovněž indikátory kvality, známé také pod názvem nežádoucí události. Indikátory kvality představují určitá měřitelná kritéria, která se následně porovnávají s určitými standardy, směrnici, popř. požadavky. Toto srovnání pomáhá určit míru úspěšnosti při dosažení daného standardu a je možné vztáhnout ho ke struktuře, procesu nebo k výstupu aspektu procesu nebo péče (Škrlovi, 2003).

Dále se využívají rovněž standardy kvality péče. S jejich pomocí je posuzována shoda mezi obsahem standardu a skutečností v konkrétním zařízení, tzn. naplňování standardu v poloze zcela, částečně či vůbec ne. Z hlediska obsahu se standardy rozdělují na dvě skupiny. První z těchto okruhů posuzuje oblast bezprostřední péče o pacienta, např. kontinuita zdravotní péče, dodržování práv pacientů či kvalita diagnostických postupů. Druhá skupina popisuje oblast bezpečného, efektivního a správného řízení zdravotnického zařízení, např. podmínky poskytované péče, péče o zaměstnance, sběr a zpracování informací. Z pohledu kompetencí se stanovují garanti za jednotlivé standardy, případně skupinu standardů (Staněk, 2006).

Využíváno bývá také hodnocení spokojenosti pacientů a to buď interním šetřením v konkrétním zařízení, nebo s pomocí projektu „Kvalita očima pacientů“, který je prováděn externě a to prostřednictvím zkušenosti, resp. spokojenosti, pacientů. Je možné také vzájemné porovnávání zdravotnických zařízení mezi sebou, popř. i jednotlivých klinik, ústavů či oddělení (Raiter, 2010).

Bariéry v uplatňování managementu kvality

Pro každé zdravotnické zařízení, kde je zaveden management kvality, je důležité sledování případných problémů bránícím důslednému uplatňování systému řízení kvality v jeho jednotlivých dílčích částech.

Mezi vyskytující se překážky se zařazuje například nízká motivace jednotlivých klinických pracovníků či přetrvávající představa neomylnosti lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků. Dále lze mluvit o neochotě přiznávání chyb a představa nutnosti trestání zaměstnanců za jejich nahlášení, nepropracovaný či nedostatečný systém sběru relevantních informací o neshodách a nedostatek podpory a porozumění ze strany vedení nemocnice (Jurásková, D., Gutová, L., Marx, D., Charvátová, P., 2004).

Gladkij (2003) dále zařazuje mezi překážky v řízení managementu kvality „ztuhlé struktury ve zdravotnickém zařízení; tradiční strmé hierarchie; špatná koordinace mezi jednotlivými funkcemi; společenské a provozně ekonomické nedostatky kompetence jinak kvalifikovaných vedoucích pracovníků; absence manažerských systémů; strach vedoucích pracovníků z případné ztráty rozhodovacích kompetencí a prestiže“. V našich podmínkách je možné zlepšení uváděných jevů například po legislativním zakotvení principů managementu kvality ve zdravotnictví. Právě vlastní zodpovědnost za zavádění nástrojů řízení a nepřetržitého zlepšování kvality leží na zdravotnických institucích, které mohou samostatně rozhodovat o svých záležitostech v rámci jasně definovaných práv a povinností.

Ekonomika managementu kvality

V managementu kvality sledujeme strukturu nákladů na jakost, což je důležitým nástrojem pro analýzu a rozhodování ve zdravotnickém zařízení. Tyto náklady dělíme na přímé a nepřímé. První skupinu nákladů lze zjistit z účetní evidence a druhý typ nákladů nelze přímo zjistit v podnikovém účetnictví. Přímé náklady jsou rovněž i říditelné mající charakter variabilních nákladů, jež zajišťují to, že zákazník obdrží jen vyhovující služby a výrobky. Mezi tyto náklady se zařazují také výdaje na prevenci, které mají za úkol předcházet chybám ve službách, aby všechny procesy proběhly ihned napoprvé a bezchybně. Nepřímé náklady lze dělit na náklady hrazené pacientem či na ztráty způsobené neuspokojením klienta/pacienta – nabízené služby neodpovídají konkrétním představám a parametrům s tím, že pacient pak nechce dokončit plnění celé služby. Ztráty může způsobit poškození dobrého jména (Piskáček, Kašová a Zmatlík, 2001).

Analýza konkrétního zdravotnického zařízení

Pro názornou ukázkou fungování a přínosů jednoho z modelů managementu kvality využívaných na území České republiky bylo vybráno konkrétní zdravotnické zařízení nemocničního typu, které bylo akreditováno podle Spojené akreditační komise. Jak již bylo nastíněno v úvodu, jedná se o Psychiatrickou léčebnu v Kosmonosích.

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998 a jejím úkolem je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice. K tomu je využívána akreditace zdravotnických zařízení a dále poradenská a publikační činnost (SAK ČR, 2010).

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, zda je personál PL Kosmonosy seznámen s problematikou řízení kvality, zda došlo po zavedení řízení kvality k ovlivnění profesního

života, odborného vzdělávání a bezpečnosti personálu a zda došlo po zavedení managementu kvality k ovlivnění kvality léčby a bezpečnosti pacientů.

Využito bylo dotazníkového šetření mapujícího nejen předem vytyčené cíle, ale bylo využito i doplňkových šetření spokojenosti pacientů a jejich rodin, které léčebna provádí sama. Zdravotnické zařízení dále bylo zařazeno v roce 2009 a 2010 do projektu „Kvalita očima pacientů“ a „Certifikace spokojený pacient“, jenž srovnává jednotlivé nemocniční zařízení mezi sebou.

V analyzovaném zdravotnickém zařízení byly zjišťovány důvody vedoucí léčebnu k zavedení současného řízení managementu kvality. Mezi ty hlavní patří následující oblasti: zvýšení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; modernizace celé léčebny; zlepšení celkového systému ve zdravotnickém zařízení; zlepšení bezpečnosti péče o pacienty, protože existují jasně popsané jednotlivé procesy; motivace příkladem ze strany jiných zdravotnických zařízení nemocničního typu a existence celosvětového trendu zavádění řízení managementu kvality v oblasti zdravotnictví. Mezi podpůrné důvody jsou zařazeny následující: přání vyšší ekonomické podpory z vnějšku (např. od zdravotních pojišťoven) a přání ředitelky léčebny.

Mezi očekávání léčebny patřilo zejména zvýšení prestiže léčebny; větší příliv peněz od pojišťovny a lepší práce; pocit z dobře vykonané práce z pohledu pacientů, personálu a léčebny jako takové a snížení problémů, které mohou vzniknout v souvislosti s terapeuticko – diagnostickými procesy (etika, media, právní otázky).

Zjišťovány byly rovněž fakta o měřených ukazatelích kvality, které byly měřeny před zavedením akreditace. Bylo zjištěno, že se dříve nic takového měřit neumělo a vývoj tohoto měření šel s časem. Záznam se vedl u ukazatelů „dekubity“ a „počet příjmů“, což byly povinné údaje ve výroční zprávě. Jinak se sledoval výskyt nozokomiálních nákaz a čas sester na své činnosti.

Kosmonoská léčebna byla akreditována v roce 2010. Po této době lze říci, že jasným pozitivem po zavedení současného řízení managementu kvality, je sjednocení dokumentace. Tato změna se týká i detašovaného pracoviště v Sadské u Nymburka. Došlo i k vzájemnému propojení obou pracovišť. Zároveň došlo v léčebně k její elektronizaci, která však byla plánována bez ohledu na zavedení akreditace. Celkově však je nutno podotknout, že v souvislosti se změnami v oblasti vedení zdravotnické dokumentace a elektronizace vznikaly problémy související s její náročností, z neporozumění důvodů zvýšení složitosti pro zaměstnance nebo personálem příliš důsledné dodržování jednotlivých pravidel pro vedení dokumentace.

Po zavedení akreditace postupně začalo docházet ke zvýšení jistoty při práci (př. podávání léčiv). Díky vyšším nárokům postupně začalo docházet ke zvýšení administrativní bezpečnosti personálu. Stále se však pracuje na pochopení nutnosti evidence mezi zaměstnanci a tudíž bude tato oblast více patrná až s časovým posunem.

Díky akreditaci se v léčebně začaly sledovat indikátory kvality a začaly se hlásit nežádoucí události, které s akreditací nabyli na významnosti. Metodika se postupně zpříšňuje, což bylo patrné zejména v roce akreditace. Postupně se rozšiřuje spektrum posuzovaných případů a zároveň se sledují i méně významné události, jenž by mohly vyústit v závažné situace.

Průběžně se sledovaly trendy a případná možnost nadužívání. Až do změny metodiky hlášení je znatelné zlepšování, což může přímo souviset s nutností průběžných změn a zpřísňování jednotlivých hlášení. Pozitivně je zaměstnanci hodnocen indikátor „pády pacientů“.

Léčebna bude nucena investovat do technického vybavení, proškolení personálu a zavedení nových ošetřovacích technik. Sledovanému zařízení se daří postupně snižovat výskyt nozokomiálních nákaz. Do budoucna je počítáno i s rozšířením hlášení jejich výskytu, to však může být ale problematické z hlediska porovnávání časových trendů.

Byly rovněž zavedeny standardy, které do zařízení vnesly jasně popsané a ustálené procesy. Na jednotlivých pracovištích léčebny začalo docházet k vzájemné jednotnosti a k většímu pořádku. Postupně se zlepšuje komunikace a zpětná vazba. Veškeré procesy podléhají větší kontrole. Některé kompetence byly přesunuty na nižší úroveň řízení, proto se dá hovořit o určité eventualitě důslednému pozorování a kontrole.

V období, kdy byla léčebna zařazena do předakreditačního řízení a i po něm se drží toto zařízení na předních příčkách v oblasti spokojenosti pacientů mezi zařízeními stejného typu v rámci projektu „Kvalita očima pacientů“. Stejně tak si po zavedení akreditace udržela standardně vysokou spokojenost pacientů a jejich rodin v rámci interního šetření, které probíhá každý rok mezi pacienty právě propuštěnými z hospitalizační péče.

Léčebna je silně motivována a stimulována k zavedení a udržení akreditace. Z tohoto důvodu lze říci, že má zařízení silný potenciál ke zvýšení bezpečnosti svých pacientů a zaměstnanců, modernizaci a celkovému rozvoji.

Nutno podotknout, že došlo také k posunům ve vylepšení prostor v interiérech a exteriérech, ty se však mnohdy odvíjejí od finančních prostředků. Samy o sobě tyto změny nemusejí přímo souviset se zavedeným managementem kvality. Nicméně je důležité se o nich zmínit z důvodu možného ovlivnění kvality poskytované péče vzhledem k charakteru zařízení.

Podle osobních zkušeností se rozvíjí a zlepšuje systém vzdělávání zaměstnanců nejen v rámci povinného vzdělávání a národními profesními organizacemi.

Bariéry pro důsledné zavádění managementu kvality

Po kvalitativním a kvantitativním šetření, která byla v léčebně provedena, byly identifikovány bariéry bránící důslednému zavádění managementu kvality. Jedná se zejména o následující:

- Neznalost personálu smyslu akreditace, jeho neúčast na školení k akreditaci a současný nezájem o tuto formu školení.
- Částečná neznalost personálu v oblasti měřených parametrů v PL Kosmonosy.
- Zavedený management kvality je pro personál zatěžující.
- Celkově je pro personál zavedený systém řízení kvality jako trvalý proces nedůležitý.
- Nesrozumitelnost praktické implementace akreditace.
- Nedostatečné seznámení personálu s jeho kompetencemi na pracovišti po zavedení současného systému řízení kvality.
- Personál se domnívá, že pacienti a jejich rodiny nejsou spokojeni s péčí poskytovanou v PL Kosmonosy.

- Nedostatečné seznamování personálu s předpisy a standardy (vč. jejich průběžných změn).
- Časté sdělování informací o předpisech a standardech s pomocí ústního předání od kolegyň a kolegů (vč. informací o jejich průběžných změnách).
- Nejistota personálu v oblasti zdravotnického práva.
- Nejistota personálu v oblasti své praxe a vzdělání.
- Částečné nedostatky v oblasti proškolení personálu o činnostech, vyplývajících z jejich pracovního zařazení.

Ekonomické výsledky

Z údajů, jež byly poskytnuty v Psychiatrické léčebně, lze ekonomické dopady akreditace vyčíslit jen v některých dílčích oblastech. Celková analýza nebyla provedena, protože léčebna nekalkuluje mnoho nepřímých nákladových položek přípravy na akreditaci a souvisejících oblastí. Zároveň nejsou kalkulovány úspory vyvolané zvýšením efektivity práce, snížením rizik apod. Díky chybějícím potřebným analytickým nástrojům by léčebna neuměla získat vypovídající závěry, tudíž nebylo přikročeno k evidenci.

Některé údaje jsou z ekonomického hlediska lehce dohledatelné, přesto by jejich zhodnocení nebylo příliš relevantní, z důvodu velmi krátkého období od zavedení standardů (počet pracovních úrazů, nutné právní poradenství apod.).

Akreditace není přímo zaměřena na výkon medicíny, z tohoto důvodu nedošlo ke zvýšení nároků a proto ani na zdravotnické prostředky a léčbu jako takovou. Jednotlivá školení zaměstnanců o bezpečnosti byla prováděna ještě před započítáním příprav k akreditaci dle platné legislativy a charakteru zdravotnického zařízení, proto nebylo akreditací přímo ovlivněno.

V současné době léčebna očekává ekonomický profit z akreditace zejména v eliminaci rizik krizových situací, zvýšení produktivity práce a efektivity provozu.

Doporučení pro praxi

Z hlediska zjištěných výsledků je možno navrhnout některá z mnoha doporučení pro rozvoj managementu kvality v daném zařízení. Je možné organizovat školení v různých podobách a také vykonávat osobní návštěvy týmem pro kvalitu, vč. jejich účastí na provozních schůzích, a konzultovat problematické oblasti přímo na jednotlivých pracovištích. Další možností rozvoje kvality v tomto zařízení je připomínkování personálem v případě nově zaváděných postupů a průběžné konzultace se Spojenou akreditační komisí. Je doporučováno zajistit zpětnou vazbu od personálu, zda skutečně rozumí nově zaváděným procesům. Mezi další možná řešení rozvoje kvality a bezpečí v zařízení je možnost zajištění supervize personálu či větší otevřenost k dalšímu vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických zaměstnanců a tím podpořit i jejich spokojenost v zaměstnání.

Závěr

Psychiatrická léčebna Kosmonosy prošla akreditací v nedávné době, proto je složité ohodnotit účinnost tohoto systému v plné míře. Řada změn je však již nyní velmi dobře znát. Veškeré změny jsou komunikovány s jednotlivými pracovišti v tomto zařízení. Celkově se dá říci, že je velmi motivované se nadále zlepšovat.

Referenční seznam

- [1] ČESKÁ TECHNICKÁ NORMA. *ČSN EN ISO 9000:2006, Systémy managementu kvality. - Základní principy a slovník*. Praha: Český normalizační institut, 2006.
- [2] GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Computer Press, 2003. 371 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [3] JURAN INSTITUTE. Vlastní překlad článku *Our Founder* [online]. Publikováno 2009 [cit. 21-06-2011]. Dostupné z World Wide Web <http://www.juran.com/about_juran_institute_our_founder.html>.
- [4] JURÁSKOVÁ, D. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: 2010. Publikováno 01 – 07 – 2010 [cit. 14-06-2011]. Dostupné z World Wide Web <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4025_1770_11.html>.
- [5] MADAR, J. A KOL. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 248 stran. ISBN 80-247-0585-0.
- [6] NENADÁL, J. A KOL. *Moderní management jakosti – Principy, postupy, metody*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2008. 380 stran. ISBN 978-80-7261-186-7.
- [7] PHILIP CROSBY ASSOCIATES. Vlastní překlad článku *Biography Philip B. Crosby* [online]. Datum publikace neuvedeno [cit. 21 – 06 – 2011]. Dostupné z World Wide Web <<http://www.philipcrosby.com/25years/crosby.html>>.
- [8] PISKÁČEK, B. – KAŠOVÁ, V. – ZMATLÍK, J. *Řízení jakosti*. 1. vydání. Praha: Vydavatelství ČVUT, 2001. 222 stran. ISBN 80-01-02276-5.
- [9] POKOJOVÁ, R. *Systém managementu kvality – praktická doporučení* [online]. Publikováno 09 – 09 – 2010 [cit. 11-03-2011]. Dostupné z World Wide Web <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/system-managementu-kvality-prakticka-doporuceni-454237>>.
- [10] RAITER, T. *O projektu* [online]. Publikováno 2010 [cit. 14-06-2011]. Dostupné z World Wide Web <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.php>>.
- [11] SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, O.P.S. *Spojená akreditační komise, o.p.s.* [online]. Publikováno 2010 [cit. 08-03-2011]. Dostupné z World Wide Web <<http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>>.
- [12] STANĚK, I. *Akreditace nemocnic: Nástroje aneb jak na to?* [online]. Publikováno 25-04-2006 [cit. 09-04-2011]. Dostupné z World Wide Web <<http://www.cskz.cz/studijniden.htm>>.
- [13] SYNEK A KOL. *Manažerská ekonomika*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 464 stran. ISBN 978-80-247-1992-4.
- [14] ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 stran. ISBN 80-7172-841-1.

[15] VITÉZOVÁ, S. *Management kvality a výkonnosti podniku*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita v Brně, Ekonomicko – správní fakulta. Brno: 2009. Dostupná z World Wide Web <http://is.muni.cz/th/137230/esf_m/>.

Kontakt

Ing. Jana Pacáková
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Úsek pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu
U nemocnice 2
128 08 Praha 2
e-mail: Jana.Pacakova@vfn.cz

OCHRANA ZDRAVIA SESTIER V SÚVISLOSTI S FYZICKOU NÁMAHOU PRI PRÁCI

Hana Padyšáková, Eva Musilová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Slovenská republika

Abstrakt

Východiská: Podpora a ochrana zdravia sestier pri práci predpokladá, že sestry si uvedomujú riziká poškodenia zdravia v súvislosti s výkonom povolania a cielene využívajú efektívne preventívne a rehabilitačné postupy.

Súbor a metódy: Využili sme kvázi experiment. Prostredníctvom dotazníka sme zámerným výberom oslovili 191 sestier. Po edukácii tematicky zameranej na ochranu zdravia pri práci sme tie isté sestry v počte 172 požiadali o odpovede na vybrané otázky a zisťovali sme rozdiely v ich hodnotiacich súdoch.

Výsledky: Pred edukáciou 13 % sestier hodnotí svoju prácu ako fyzicky náročnú vždy a až 40 % ako skôr náročnú. Skôr vysokú informovanosť o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci uvádza až 71 % sestier. Rezervy sme zistili u sestier vo vykonávaní zdraviu prospešných aktivít.

Záver: Odporúčame posilniť edukáciu sestier o metodike dvíhania bremena a možnostiach ochrany zdravia pri práci.

Kľúčové slová

Sestra. Ochrana zdravia. Manipulácia s pacientom. Ergonómia práce. Fyzioterapia.

HEALTH PROTECTION OF NURSES IN CONNECTION WITH PHYSICAL EXORTION AT WORK

Abstract

Starting points: Protecting the health of working nurses assumes the nurses know about the risks of endangering their own health and take advantage of all effective preventive and rehabilitative procedures.

Methods: We applied quasi-experiment. Using questionnaires, 191 working nurses have been contacted. After education focused on health protection at work we asked the same nurses in the number of 172 for answers to selected questions and we investigated the differences in their opinions.

Results: We found out that 13% of nurses perceive their job as physically demanding at all times and 40% of nurses evaluate their job as physically demanding most of the time. A rather satisfactory knowledge about work health and safety has been reported by 71% of nurses. However, we discovered substantial gaps in actually practicing health-enhancing activities.

Conclusion: We recommend that the correct procedure for lifting weight, which we describe, be implemented. We also recommend to strengthen the education about the possibilities of health protection at work.

Key words

Nurse. Health protection. Manipulation with patient. Work ergonomomy. Physiotherapy.

Úvod

Profesia sestry je zaradená medzi regulované povolania a tým garantuje príjmom ošetrovateľských služieb štandardné vzdelávanie, požadovanú erudovanosť a ďalšie vzdelávanie poskytovateľov. Sestrám však spoločnosť negarantuje, že vedecko-technický pokrok bude priamo úmerne aplikovaný do bezprostredného poskytovania ošetrovateľských služieb a prispeje k zníženiu psychickej a predovšetkým fyzickej zaťaženia sestier. Technicky dostupné riešenia na zníženie fyzického zaťaženia sestier existujú, avšak ich implementácia do každodennej ošetrovateľskej praxe stagnuje. Keďže finančné limity v nákladoch na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú veľmi ťažko prekonateľné, zamerali sme sa na dostupné determinanty eliminácie fyzického zaťaženia sestier a to na dodržiavanie správnej metodiky manipulácie s pacientom, ktorý je bezvládný alebo má obmedzené možnosti a schopnosti mobility. Ochrana zdravia sestier pri práci predpokladá, že sestry poznajú riziká poškodenia svojho zdravia manipuláciou s ťažkým bremenom (pacientom). Dlhodobé dvíhanie a prenášanie pacientov nesprávnym postupom negatívne ovplyvňuje zdravie sestier, preto je nevyhnutné edukovať sestry o metodike manipulácie s bremenami a možnostiach cielene využívať spôsoby na odľahčenie bremena.

Aplikovanie ergonomických zásad v práci sestry pomáha zvyšovať efektívnosť práce a zvyšuje prevenciu v oblasti pracovných rizík (Gilbertová, Matoušek, 2002).

Východiská

Sestrám pripomíname: „v záujme ochrany svojho zdravia prekonajte zaužívaný stereotyp, že všetko zvládnete“. Sestry by si mali uvedomiť, že fyzicky náročná manipulácia s pacientom predstavuje zaťaženie driekovej a bedrovej chrbtice a celej postúry. Bude neskoro, ak to sestry pochopia až po rokoch odpracovaných v zdravotníctve, keď budú trpieť bolesťou.

Cieľom kinezioterapie je dosiahnuť maximálne možnú kvalitu života sebestačnosť a reintegritu a optimálne čo najrýchlejšie znovunadobudnúť stratené alebo oslabené funkcie (Poláková, Husarovičová, Pluhárová, 2009).

Ochrana zdravia sestier pri práci predpokladá efektívny manažment práce, postavený na poznaní rizikových faktorov, zavedení technicko - organizačných opatrení a cieľavedomej prevencii poškodenia zdravia. Štandardné kritéria týkajúce sa zdravia a bezpečnosti v povolaniach, ktoré si vyžadujú ručnú manipuláciu s bremenami, ustanovuje Európska smernica 90/269/CEE o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci (Council Directive 90/269/EEC). Jej zásady sú záväzne určujúce pri všetkých činnostiach, ktoré sú rizikové a potencionálne pri dlhšej časovej expozícii alebo zvýšení intenzity pôsobenia následne vedú k poškodeniu driekovej a bedrovej časti chrbtice u exponovaných pracovníkov. Ide o činnosti,

ktoré možno definovať ako zdvíhanie, tlačenie, ťahanie či prenášanie bremien. Po odborných diskusiách boli jednotlivé body smernice prijaté aj pre podmienky výkonu profesie sestry. Etické argumenty, že pacient nie je bremeno neobstoja, lebo akademická polemika zdravie sestier neochráni a falošne zastiera vážnosť rizika poškodenia zdravia sestier následkom neúmerne fyzicky náročnej manipulácie sestier s pacientmi.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky (NV SR) č. 281/2006 Z.z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácii s bremenami a Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 542/2006 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci podrobne špecifikuje podmienky výkonu zdravotníckych profesií. Dopĺňa ju Slovenská technická norma 26 9036 (Pracovná ochrana. Manipulačné práce. Všeobecné bezpečnostné predpisy, oblasť ochrany zdravia pri manipulácii s bremenom).

Podrobne je rozpracovaná v článku IV. Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci, pracovné prostredie a pracovné podmienky Charty práv sestry a pôrodnej asistentky (webová stránka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek). Sestry majú právo:

- na bezpečnosť a ochranu zdravia pri výkone povolania v súlade so Zákonníkom práce a zákonom č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci;
- na pracovné prostredie, technické zariadenia, pracovné prostriedky a na využívanie pracovných postupov spĺňajúcich minimálne bezpečnostné a zdravotné požiadavky pre príslušný druh pracoviska v súlade s ustanovením § 151 Zákonníka práce a § 6 zákona č. 124/2006 Z.z.
- odmietnuť dvíhať bremená ťažšie ako 15 kg z dôvodu ochrany zdravia a pri fyzicky náročných úkonoch právo na pomoc zo strany personálu, v súlade s Prílohou č. 2 Smerné hmotnostné hodnoty NV SR č. 281/2006 Z.z..

Manipulácia s bremenom

Podľa NV SR č. 281/2006 Z.z. § 2 je ručná manipulácia s bremenami akékoľvek premiestňovanie alebo nesenie bremena vrátane ľudí a zvierat jedným zamestnancom alebo viacerými zamestnancami, jeho zdvíhanie, podopieranie, ukladanie, tlačenie, ťahanie alebo iné pohybovanie, ktoré z dôvodu vlastností bremena alebo nepriaznivých ergonomických faktorov predstavujú riziko poškodenia zdravia, najmä chrbtice zamestnancov. Pôsobenie fyzickej záťaže na človeka je vo všeobecnosti definované ako posúdenie, či fyzická aktivita pri vykonávanej činnosti neprevyšuje fyziologické možnosti pracovníkov a či nemôže vyvolať poškodenie zdravia. Jedná sa o faktory, ktoré súvisia s vybavenosťou a s výkonnostnou kapacitou človeka.

Dôležitým determinantom, ktorý je rozhodujúci pri manipulácii s bremenom a jeho expozícii na zdravie manipulujúceho sú fyzické predpoklady pracovníka a dodržanie ergonomických zásad pohybu. Manipulácia s bremenom je považovaná za rizikovú s negatívnym dopadom na chrbticu, ak je bremeno príliš ťažké, príliš veľké alebo ťažké na uchopenie, alebo umiestnené príliš ďaleko od trupu človeka a človek musí za týmto účelom vytočiť trup. Uvedené rizikové faktory v sesterskej profesii z obsahového a formálneho hľadiska spĺňa manipulácia s chorým človekom s obmedzenou schopnosťou mobility. Manipulácia s imobilným pacientom si

vyžaduje krátkodobé vynaloženie nadmernej fyzickej sily, spôsobuje vytočenie trupu a núti sestru zaujať nestabilnú polohu. Poškodenie kostrovo-svalového systému chrbta u sestier vzniká pri mnohých ošetrovateľských činnostiach. Napr. manipulácia s pacientom v rámci zabezpečenia ošetrovateľských výkonov, polohovanie, zmena polohy (otáčanie, posadzovanie, vertikalizácia, dvíhanie pacienta na posteli, nácvik chôdze, pohybovanie s posteľou.

Pracovná pohoda sestier predstavuje výsledný dynamický stav. Pri manipulácii s pacientom a potrebe vynaložiť fyzickú silu zo strany sestier nezáleží len na hmotnosti pacienta a stupni jeho imobility. Dôležitý faktor determinujúci fyzickú námahu je v spôsobe manipulácie s bremenom a dodržanie ergonómie pohybu. Bolesť chrbtice a okolitých štruktúr u sestier bývajú spôsobené následkom častého a nesprávneho manipulovania s pacientmi. Pri nesprávnom postavení sa k bremenu vyšších hmotnostných kategórií a jeho častom dvíhaní dochádza k stavu, kedy je medzistavcová platnička vystavená až desať násobku pôvodného tlaku ktorý vzniká pri bežnom fyzicky nezaťažujúcom pohybe. Základným východiskom prevencie poškodenia zdravia sestier pri opakovanej fyzickej manipulácii s pacientom je zmeniť zaužívaný stereotyp, vždy požiadať o pomoc spolupracovníkov (hmotnosť pacienta sa úmerne rozloží a zníži) a použiť vhodné zdvíhacie zariadenie. Na prepravu pacienta sú určené transportné zariadenie, pričom predpokladáme ich plnú technickú funkčnosť (veľkosť, účel, dostupnosť, ľahkosť manipulácie).

Metodika

Cieľom kváziexperimentu bolo porovnať odpovede sestier pred edukáciou a po cielej edukácii. Z didaktických metód sme v edukácii využili motivačné, expozičné a fixačné metódy, pričom sme overili odporúčania Červeňanovej (2009) v praxi a snažili sa pôsobiť cielene na oblasť kognitívnu, afektívnu i behaviorálnu.

Overovali sme predpoklad, že ak sestry poznajú zásady ergonómie pri práci, tak ich dodržiavajú pri manipulácii s pacientom. Stanovili sme pracovné úlohy:

- zistiť, ako sestry hodnotia svoju prácu v zmysle fyzickej záťaže,
- zmapovať mieru informovanosti sestier o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci,
- zmapovať, či sestry pri výkone svojej profesie praktizujú aktivity smerujúce k podpore zdravia.

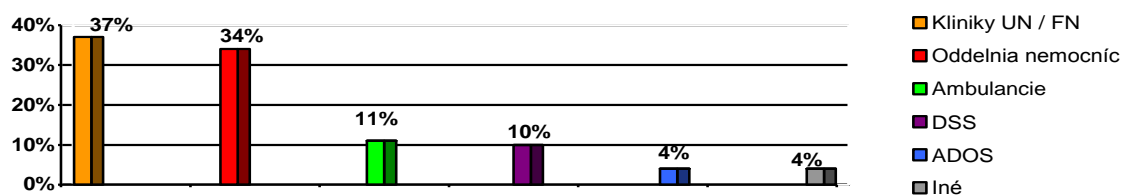
Oslovili sme sestry, ktoré študujú v magisterskom študijnom programe Ošetrovateľstvo v externej forme štúdia na FOaZOŠ SZU v Bratislave. Výsledky empirického skúmania nie sú vzhľadom na zámerný výber a limitovaný rozsah výberového súboru reprezentatívne, ale oslovené sestry tvoria cieľovú skupinu, ktorá má reálne priestor ovplyvniť dodržiavanie legislatívnych predpisov a ergonómie práce v zmysle ochrany zdravia pri práci, lebo pôsobia v manažmente ošetrovateľstva, prípadne sa na tento kariérny postup pripravujú. Sekundárnou výhodou je, že pôsobia v rôznych zdravotníckych a sociálnych zariadeniach s poskytovaním ošetrovateľských služieb na celom Slovensku. V rokoch 2010 - 2011 sme zámerným výberom prostredníctvom anonymného neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie oslovili sestry, študentky našej fakulty. Z celkového počtu 207 osobne rozdaných dotazníkov sme vylúčili neúplne vyplnené hárky a odpovede sestier, ktoré aktuálne pôsobia v zahraničí.

V prvej etape sme analyzovali 92 % odpovedí sestier, čo tvorilo 191 dotazníkových hárkov. V druhej etape sme analyzovali z 194 rozdanych dotazníkov (počet študentov v ročníkoch sa znížil) len 172 hárkov, čo tvorí 89 % návratnosť.

Výsledky

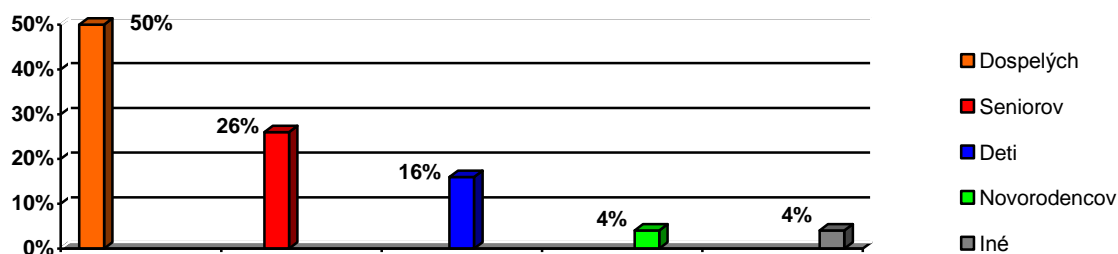
V prvej etape sme oslovili 96 % sestier ženského pohlavia a iba 4 % mužov, v druhej etape po zaokrúhlení v zmysle matematických princípov boli výsledky rovnaké. Najpočetnejšiu skupinu v 41 % zastávali sestry vo veku do 30 rokov. Sestry do 40 rokov boli zastúpené v 34 %, do 50 rokov v 19 % a starších než 50 rokov bolo 6 %. V druhej etape boli rozdiely vo vekových kategóriách sestier prirodzene posunuté vzhľadom na uplynutie polročného obdobia. S pribúdajúcim vekom sestier aj pri ukazovatele dĺžky praxe počty klesali, čo je odrazom skutočnosti, že záujem o magisterské štúdium prejavujú najmä mladšie sestry, ktoré perspektívne zúročia vzdelanie v kariére sestry manažérky. Najviac sestier pracuje (graf 1) v lôžkových zdravotníckych zariadeniach na klinikách v univerzitných/fakultných nemocniciach a na oddeleniach. Odpoveď iné pracovisko (ozbrojené sily, záchranný systém, zdravotná poisťovňa) uviedli 4 % sestier.

Graf 1 Pracovisko sestier



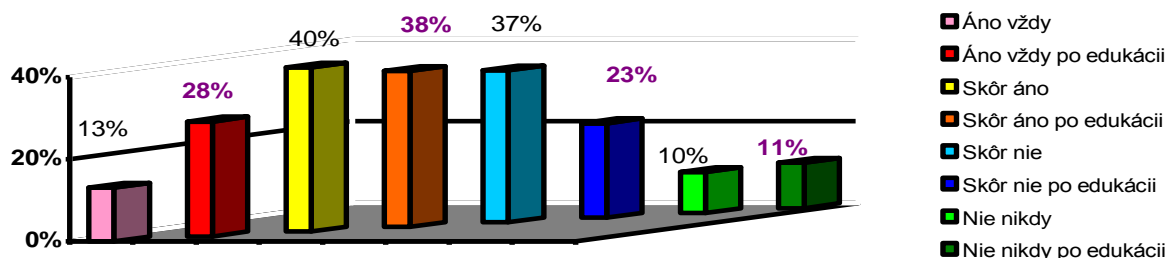
Otázku, akých pacientov / klientov sestry ošetrujú (graf 2) sme považovali za výpovednú pre posúdenie fyzickej záťažce pri práci. Oslovené sestry ošetrujú prevažne dospelých a seniorov.

Graf 2 Sestry ošetrujú



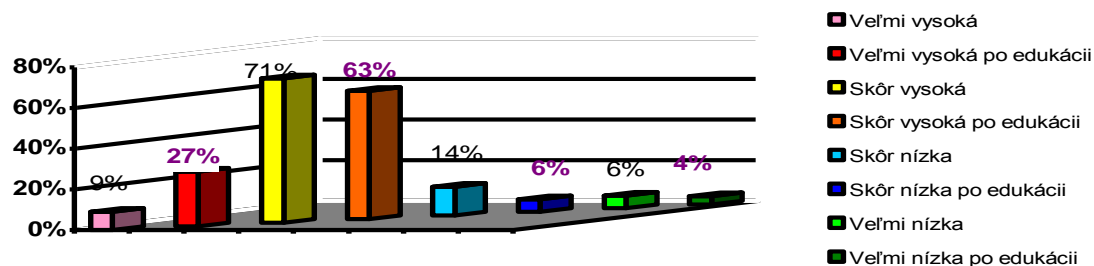
Na otázku, do akej miery je ich práca fyzicky náročná, uvádzame odpovede sestier pred edukáciou a s polročným časovým odstupom. Výrazne početnejšie boli zastúpené kategórie skôr áno je / skôr nie je fyzicky náročná (graf 3). Po edukácii vzrástla početnosť hodnotení fyzickej náročnosti práce v kategórii vždy náročná až s 15 % variačným rozpätím.

Graf 3 Fyzická náročnosť práce sestier



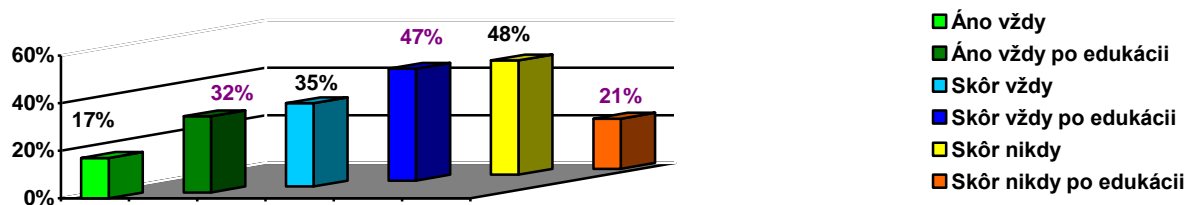
Z analýzy odpovedí sestier podľa očakávania vyplýva, že po edukácii subjektívne hodnotia nárast miery svojej informovanosti o konkrétnych možnostiach uplatniť postupy bezpečnosti a ochrany zdravia pri ich práci (BOZP) (graf 4).

Graf 4 Informovanosť sestier o BOZP



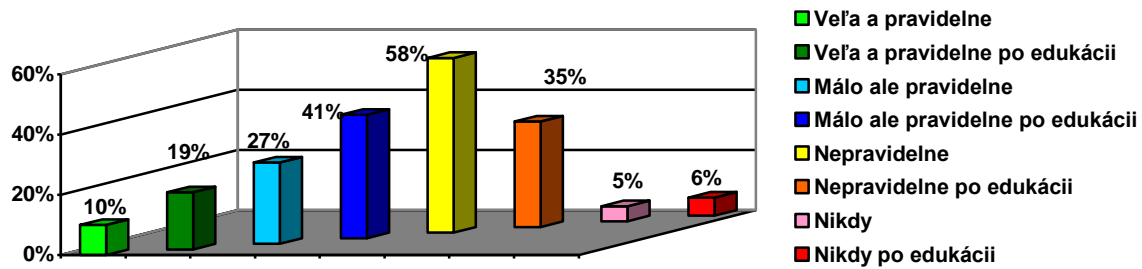
Okrem informovanosti o BOZP je dôležité najmä dodržiavanie jej princípov. Prekvapivo, po edukácii sme dosiahli pozitívny posun v rozpätí max. 15 % a pokles negatívnych odpovedí o 27 %. Odpoveď nikdy nedodržiavam pri práci predpisu BOZP neuviedla žiadna sestra, hoci 6% pred a 4 % sestier po edukácii uviedli len veľmi nízku mieru informovanosti o BOZP. Všetky sestry ako príčinu nedodržiavania BOZP ako najčastejší dôvod uviedli zhodne: manažment práce, časový stres a nedostatok technických pomôcok.

Graf 5 Dodržiavanie BOZP pri manipulácii s pacientom



Pre hodnotenie, či bola edukácia efektívna sme v kvázi experimente monitorovali, či u sestier nastal posun v zmysle zvýšenia aktívne vykonávaných aktivít na podporu svojho zdravia. Zistili sme výrazné rezervy u sestier vo vykonávaní zdraviu prospešných aktivít pred edukáciou a mierny posun po jej zrealizovaní (graf 6). V hraničných polohách ide o odraz miery informovanosti.

Graf 6 Vykonávanie aktivít pre podporu zdravia



Diskusia

V Správe o činnosti odborovej kontroly nad bezpečnosťou a ochranou zdravia pri práci (BOZP) za rok 2010 sa uvádza, že výkon povolania sestry priamo patrí medzi rizikové faktory, ktoré prispievajú k poškodeniu podporno-pohybovej sústavy. Správa analyzuje nedostatky v zabezpečení a dodržiavaní ochrany a bezpečnosti pri práci v Slovenskej republike, ktoré súvisia s nadmernou fyzickou záťažou ktorej sú pracovníci vystavení. V podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti ide najčastejšie o prekročenie stanovených limitov v hmotnosti a vo frekvencii manipulácie s bremenom. Fyzicky náročná až neprimeraná práca v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je spojená hlavne s manipuláciou s pacientmi a následne môže priamo viesť k poškodeniu zdravia sestier v oblasti pohybového systému. Prevenciou poškodenia zdravia sestier pri práci je dvíhanie bremien v čo najvýhodnejšej a najmenej zaťažujúcej polohe pre chrbticu. Havlová sestram odporúča držať bremeno čo najbližšie (k ťažisku) pri tele, zapojiť skôr svaly dolných končatín, svaly panvy, brušné svaly a svaly hornej časti tela. Na zvýšenie stability a zlepšenie rovnováhy dať jednu dolnú končatinu dopredu a zaujať široký postoj, dvíhať bremeno obkročmo s vystretým chrbtom, využívať silu dolných končatín, čo najmenej rotovať a flektovať chrbticu pri manipulácii. Pri kladení pacienta na lôžko váha tela sestry sa preniesie zo zadnej dolnej končatiny na prednú dolnú končatinu (2010).

Okrem čísel, bola prínosná predovšetkým diskusia so sestrami o problematike ochrany zdravia pri práci v oblasti eliminácie fyzickej námahy. Sestry uvádzali, že pri každodenných a opakovaných manipuláciách s pacientmi často nie je možné rešpektovať odporúčané limity pre hmotnosť a manipuláciu s bremenom. Limitujúce sú najmä tie faktory, že potreba manipulácie s pacientom vzniká náhle a sestra nemôže čakať, pokiaľ ďalší kolegovia ukončia svoju činnosť a prídu jej pomáhať. Dôležité je eliminovať riziko pádu pacienta (Cetlová, 2010).

Často by tak došlo k pádu či inému poškodeniu pacienta. Ďalším problémom je počet a spektrum reálne potrebných zdravotníckych pracovníkov prítomných podľa jednotlivých

služieb. Flexibilný personálny manažment na základe aktuálnej záťaže oddelenia a potreby fyzicky náročnej manipulácie s pacientmi zostáva na mnohých pracoviskách len v teoretickej rovine. V závere konštatujeme, že vyslovený predpoklad, že ak sestry poznajú zásady ergonómie pri práci, tak ich dodržiavajú pri manipulácii s pacientom sa potvrdil.

Záver a odporúčania

Jedným zo základných predpokladov prevencie poškodenia pohybového systému následkom neprimeranej fyzickej záťaže pri práci je ovládanie ergonómie práce - bezpečných techník manipulácie s pacientom. Súčasným trendom v ošetrovatelstve je pristupovať cielene k eliminovaniu frekvencie a intenzity výkonov spojených s vertikálnym dvíhaním a prenášaním pacienta, čo možno dosiahnuť efektívnym manažmentom ošetrovateľských výkonov a efektívnym personálnym manažmentom. Sestry sú však neraz v časovom strese postavené pred rozhodnutie. Alebo rýchlo vykonajú fyzicky náročnú manipuláciu s pacientom bez pomoci (predídu poškodeniu pacienta, majú splnené výkony, nemusia žiadať o pomoc), alebo manažujú svoju prácu inak, tak aby ochrana a podpora zdravia pri práci bola zachovaná, požiadajú o pomoc kolegov a použijú adekvátne (dostupné) technické pomôcky.

Možno hovoriť o oportunitizme – striedaní postojov v závislosti od toho, čo sestry momentálne viac vyhovuje alebo čo ju menej ohrozuje (Kristová, 2010). Dôležité je, aby sestry zaujali pozitívny postoj k ochrane zdravia pri výkone svojej profesie. Okrem uplatňovania správnych manipulačných techník sa odporúča sestram využívať všetky dostupné technické pomôcky znižujúce fyzickú námahu.

Literatúra

- [1] CETLOVÁ, L. 2010. Pád pacienta – najčastejši nahlásená mimořádná/nežádoucí událosť ve zdravotníckém zařízení. In: *sborník přednášek III. Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků*. České Budějovice, 2010. ISBN 978-80-254-7919-3
- [2] Council Directive 90/269/EEC of 29 May 1990 on the minimum health and safety requirements for the manual handling of loads where there is a risk particularly of back injury to workers (fourth individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 89/391/EEC.
- [3] ČERVENĀNOVÁ, E. 2009. Evaluation as an assessment Method of Nursing Students. In.: *Univesity Review*, 2009, Vol,3, No.4, Alexander Dubček University of Trenčín, ISSN 1337-6047
- [4] GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O. 2002. *Ergonomie optimalizace lidské činnosti*. Praha : Grada, Publishing a.s., 2002. ISBN 80-247-0226-6.
- [5] HAVLOVÁ, J. 2010. Škola chrbta – kinestetika. *Ošetrovateľský obzor*, 7, 2010, 6, s. 141 - 143. ISSN 1336-5606
- [6] KRISTOVÁ, J. 2010. Postoje, presvedčenia a predsudky v interaktívnom procese sestry – pacient. *Ošetrovateľský obzor*, 7, 2010, 3, s. 51 -53. ISSN 1336-5606.
- [7] NARIADENIE VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY č. 281/2006 Z.z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácii s bremenami.

- [8] POLÁKOVÁ, M., HUSAROVÍČOVÁ, E, PLUHÁROVÁ, Z. 2009. Kinezioterapia v onkológii. *Ošetrovateľský obzor*, 6, 2009, 3, s. 100 - 103. ISSN 1336-5606
- [9] SLOVENSKÁ TECHNICKÁ NORMA č. 26 9036 - Pracovná ochrana. Manipulačné práce. Všeobecné bezpečnostné predpisy.
- [10] SPRÁVA O ČINNOSTI ODBOROVEJ KONTROLY nad BOZP za rok 2010. [online] <http://www.ioz.sk/files/bozp/sprava-bozp-2010.pdf> [cit.2011-06-05]
- [11] VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY 542/2006 Z.z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci.
- [12] ZÁKON č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- [13] ZÁKONNÍK PRÁCE č.341/2011 zverejnený v Zbierke zákonov SR 20.10.2011

Adresy autorov

doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD., MUDr. Eva Musilová, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 14

833 03 Bratislava

Slovenská republika

e-mail: hana.padysakova@szu.sk

eva.musilova@szu.sk

REHABILITAČNÉ OŠETROVATEĽSTVO

Hana Padyšáková, Eva Musilová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, Slovenská republika

Abstrakt

Východiská: Rehabilitačné ošetrovateľstvo je súčasťou aplikovaných ošetrovateľských disciplín. Jeho úlohou je prevencia sekundárnych zmien, včasná mobilizácia, prevencia komplikácií z imobility a psychická aktivácia chorých.

Súbor a metódy: Analyzovali sme odpovede 84 sestier z praxe, študentiek magisterského študijného programu ošetrovateľstvo v externej forme štúdia, ktoré sme oslovili prostredníctvom neštandardizovaného anonymného dotazníka.

Výsledky: Zistili sme, rezervy v informovanosti a praktických zručnostiach sestier o rehabilitačných postupoch. Priestor na zefektívnenie spolupráce sme zaznamenali aj v oblasti komunikácie a inštruovania zo strany fyzioterapeutov.

Záver a odporúčania: Na jednotlivých pracoviskách je potrebné cielene sa zamerať na zlepšenie vzájomnej spolupráce sestier a fyzioterapeutov. Odporúčame v obsahu pregraduálnej prípravy budúcich sestier zakomponovať obsahové zmeny a posilniť problematiku rehabilitačného ošetrovateľstva.

Kľúčové slová

Ošetrovateľstvo. Fyzioterapia. Vzdelávanie sestier. Rehabilitácia.

REHABILITATION NURSING

Abstract

Rehabilitation nursing is a part of applied nursing disciplines. Its role is to prevent secondary changes, early mobilization, prevention of complications of immobility and mental activation of sick people.

Methods: We analyzed responses from 84 practising nurses, students of the masters program in nursing part-time study, which we addressed through non-standardized anonymous questionnaire.

Results: We discovered reserves in the informedness and practical skills of nurses about rehabilitation procedures. We also found options to make cooperation more effective in the area of communication and instruction by physiotherapists.

Conclusion: At each workplace it is necessary to focus on enhancing mutual cooperation between nurses and physiotherapists. We recommend to change the content of training of future nurses and to strengthen the issue of rehabilitation nursing.

Key words

Nursing. Physiotherapy. Education of Nurses. Rehabilitation.

Úvod

Ošetrovatel'stvo predstavuje relatívne mladú, dynamickú vednú disciplínu. Obsahová náplň ošetrovatel'stva ako praktickej disciplíny, ktorú radíme medzi pomáhajúce profesie je svojim pôsobením a zameraním rozmanitá. Orientuje sa na jedinca, rodinu, komunitu od narodenia až po dôstojnú smrť. Rieši svojim preventívnym zameraním podporu, upevňovanie a udržanie zdravia, ako aj závislé a súčinné intervencie v kontinuu od zdravia, cez akútnu či chronickú chorobu až po hospicovú starostlivosť. Medzi jednu zo samostatných oblastí ošetrovatel'stva radíme aj aplikovaný odbor ošetrovatel'stva – rehabilitačné ošetrovatel'stvo. Jeho poznatky a závery využívajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nielen sestry, ale aj pôrodné asistentky (Repková, 2006).

Ide o pracovnú orientáciu, založenú na historicky podložených skúsenostiach, ktoré v súčasnosti a perspektívne potvrdzuje každodenná ošetrovatel'ská prax.

Začiatky rehabilitácie na Slovensku sa datujú do roku 1921 keď sa začali teoreticky vzdelávať zdravotnícky pracovníci v oblasti liečebnej telesnej výchovy a fyzioterapie (Šajterová, Žiaková, 2011).

Rehabilitačné ošetrovatel'stvo je súčasťou väčšiny čiastkových – aplikovaných ošetrovatel'ských disciplín. Jeho úlohou je prevencia sekundárnych zmien, včasná mobilizácia a psychická aktivácia chorých (Farkašová, 2009).

Rôznorodosť ošetrovatel'ského zamerania pri výkone profesie, ktoré vyplýva zo špecifických ošetrovatel'ských požiadaviek cieľových skupín, ktorým sestra poskytuje ošetrovatel'skú starostlivosť (napr. novorodenci, seniori, či psychicky alternovaní pacienti) kladú vysoké nároky na pregraduálnu prípravu. Od sestier si vyžadujú v rámci celoživotného vzdelávania dopĺňanie vedomostí a rozširovanie zručností v rámci špecializačného štúdia a certifikačnej prípravy.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky 296/2010 v prílohe 2) Štandardy vzdelávania na získanie odbornej spôsobilosti ..., stanovuje „Minimálne požiadavky na obsah vzdelávania“, ktoré sú záväzné pre jednotlivé vzdelávacie inštitúcie. Vymedzujú minimálny štandard v oblasti rozsahu a obsahu nevyhnutného na získanie odbornej spôsobilosti na výkon profesie sestra (NV 296/2010 o odbornej spôsobilosti).

Špecifickou oblasťou v ošetrovatel'stve, ako vedeckej disciplíne v teoretickej a praktickej rovine, je problematika rehabilitačného ošetrovatel'stva. Prelína sa jednotlivými základnými odbormi ošetrovatel'stva (všeobecné ošetrovatel'stvo, dejiny ošetrovatel'stva, metodológia ošetrovatel'stva) a do určitej miery aj čiastkovými - aplikovanými odbormi ošetrovatel'stva, kam metodologicky samotné rehabilitačné ošetrovatel'stvo patrí. Z didaktického hľadiska ide o aplikovaný odbor, ktorý nie je koncipovaný vo väčšine vzdelávacích inštitúcií ako samostatný vyučovacý predmet, ale jeho obsah sa prelína interdisciplinárne.

Prieskum

Témou originálnej empirickej sondy bola špecifická oblasť pregraduálnej prípravy sestier na využívanie vybraných rehabilitačných postupov v ošetrovateľskej praxi. Zaujímalo nás, ako vnímajú uvedenú problematiku sestry, ktoré už pôsobia v praxi a sú konfrontované s potrebou spolupracovať s fyzioterapeutom a aplikovať v ošetrovateľskej praxi pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti základné rehabilitačné postupy.

S cieľom zmapovať vyšpecifikovanú problematiku u cielene oslovených sestier z praxe sme si stanovili tri pracovné úlohy:

- Zistiť aké teoretické vedomosti a praktické zručnosti majú sestry z oblasti rehabilitačného ošetrovateľstva
- Zmapovať mieru spolupráce sestier a fyzioterapeutov v ošetrovateľskej praxi pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s deficitom v oblasti sebestačnosti a mobility, prípadne vyžadujúcim špecifické rehabilitačné postupy
- Zmapovať názory sestier na problematiku zvýšenie efektívnosti spolupráce sestier a fyzioterapeutov.

Súbor a metódy

Oslovili sme celkovo 102 sestier z praxe, účastníčok magisterského študijného programu ošetrovateľstvo v externej forme štúdia, ktoré v súčasnosti študujú na Fakulte ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave (FOaZOŠ SZU). Sestry spôsobilosť na výkon profesie sestry získali v rôznych vzdelávacích inštitúciách na Slovensku, ktoré sa odlišujú spektrom voliteľných predmetov a individuálnym prístupom na zdôraznenie interdisciplinárnych vzťahov v rámci výučby a profesionálnej prípravy sestier.

Vychádzajúc z poznania uvedenej problematiky a dlhoročného pedagogického pôsobenia, ako v rámci vzdelávania v študijnom programe ošetrovateľstvo tak aj v študijnom programe fyzioterapia, zostavili sme anonymný dotazník vlastnej konštrukcie. Jednotlivé položky boli štruktúrované, poloopené. Získali sme 84 vyhodnotiteľných dotazníkových hárkov, čo tvorí 85,7 % návratnosť.

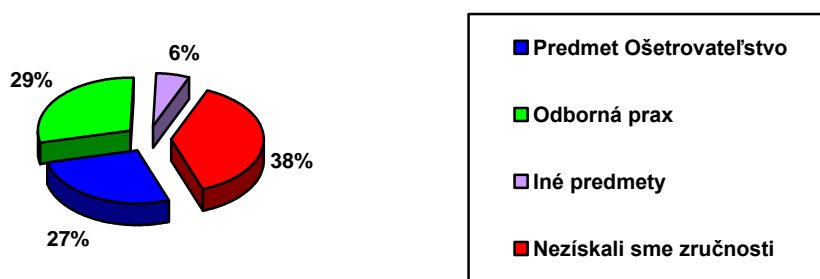
Najpočetnejšiu skupinu až 51 % tvorili sestry vo veku do 30 rokov, do 40 rokov bolo 38 % oslovených sestier a starších bolo 11 %. Z výberového súboru až 79 % sestier poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v lôžkovom zdravotníckom zariadení. V ambulantnej sfére pôsobí 7 % sestier, ostatné sestry pracujú v sociálnom zariadení, kde sa poskytuje aj ošetrovateľská starostlivosť. Spektrum profesionálneho pôsobenia sestier je prirodzene rozložené vzhľadom na početnosť jednotlivých zariadení.

Výsledky

Zistili sme, že v rámci štúdia na získanie spôsobilosti na výkon profesie sestry získali respondenti praktické zručnosti z postupov rehabilitačného ošetrovateľstva najmä v rámci výučby v tematickom celku v predmete Ošetrovateľstvo a to až v 72 %. Samostatný vyučovaci predmet Rehabilitácia uvádza iba 10 % oslovených. V rámci medzi predmetových vzťahov sa o rehabilitačných postupoch učili 4 % oslovených a až 14 % sestier uviedlo, že

počas pregraduálneho štúdia informácie nezískali. Ďalšou otázkou sme mapovali zdroje praktických zručností z oblasti rehabilitačného ošetrovateľstva (graf 1). Najpočetnejším zdrojom boli zručnosti nadobudnuté počas odbornej praxe a obdobne ako pri teoretických vedomostiach vyučovacie ošetrovateľské predmety. Zarážajúce je, že až 38 % oslovených sestier uviedlo, že praktické zručnosti z rehabilitačných postupov počas štúdia nezískali.

Graf 1 Zdroje praktických zručností z oblasti rehabilitačného ošetrovateľstva

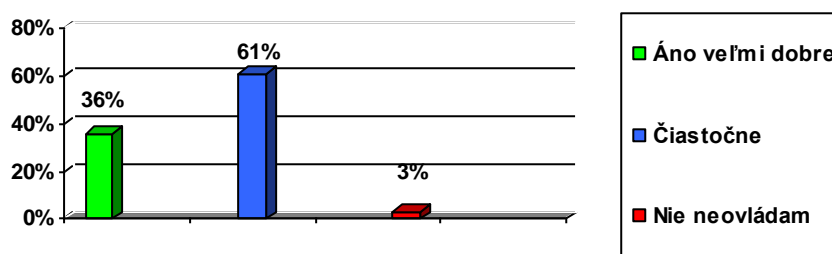


Teoretické poznatky a praktické zručnosti z rehabilitačného ošetrovateľstva pre každodennú prácu sestier považuje vždy za dôležité 57 % oslovených sestier. Za dôležité ich považuje podľa pracovného zaradenia sestier na jednotlivé druhy oddelení až 39 sestier a 4 % sestier im neprpisuje význam.

V rámci ošetrovateľského posudzovania poznatky z oblasti posúdenia mobility pacienta sú východiskové pre celkové zhodnotenie a plánovanie ošetrovateľských intervencií pre 88 % sestier. Nerozhodných odpovedať na otázku bolo 8 % sestier a rovnako ako v predchádzajúcej otázke 4 % sestier im neprpisuje význam.

Sestry sme požiadali, aby zhodnotili, do akej miery poznajú rehabilitačné postupy v rámci intervencií zameraných na prevenciu imobility (graf 2). Zistili sme čiastočné rezervy v tejto oblasti.

Graf 2 Poznanie rehabilitačných postupov na prevenciu imobility u sestier



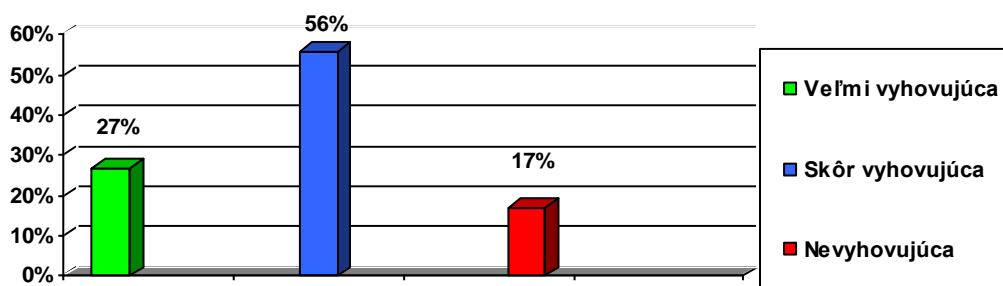
Poskytovane zdravotnej starostlivosti na lôžkových oddeleniach klientom s deficitom v oblasti sebestačnosti a mobility si vyžaduje spoluprácu sestry a fyzioterapeuta. Súčasťou zdravotníckeho tímu oddelenia sú fyzioterapeuti len na 17 % oddelení, kde pracujú oslovené sestry. Na jednotlivé oddelenia (ku konkrétnym pacientom, u ktorých sú ich intervencie

ordinované), prichádzajú fyzioterapeuti až v 76 %. Dokonca až na 7 % oddelení prichádza fyzioterapeut ako externý pracovník.

Sestry hodnotili podiel fyzioterapeutov na poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ich dostupnosť, počet a podiel činností ktoré vykonávajú) za vyhovujúci v 35 %, čiastočne vyhovujúci v 36 % a nevyhovujúci v 15 %. Až 14 % oslovených sestier uviedlo, že nevie posúdiť túto oblasť.

Spoluprácu s fyzioterapeutom sestry hodnotia prevažne pozitívne (graf 3)

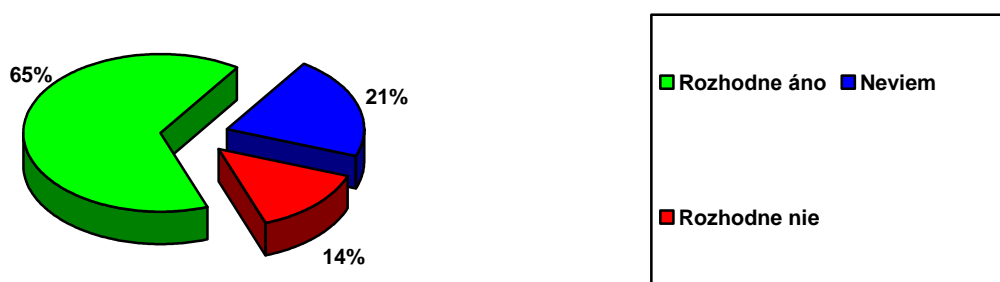
Graf 3 Spolupráca sestier a fyzioterapeutov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti



Zaujímalo nás, či komunikuje fyzioterapeut so sestrou o ďalšom rehabilitačnom postupe u konkrétnych pacientov. Takýto postup potvrdilo 29 % sestier, až 42 % uviedlo, že podľa individuálnych prípadov a situácií a až 29 % sestier potvrdilo, že komunikácia sestra – fyzioterapeut je neefektívna. Obdobné boli odpovede na otázku, či fyzioterapeut prakticky inštruuje sestru o správnom, prípadne ďalšom rehabilitačnom postupe u konkrétneho pacienta. Odpoveď áno označilo 24 % sestier, podľa individuálnych prípadov a situácií inštrukciu potvrdilo 29 % sestier a až 47 % sestier potvrdilo, že k praktickej inštrukcii zo strany fyzioterapeuta nedochádza.

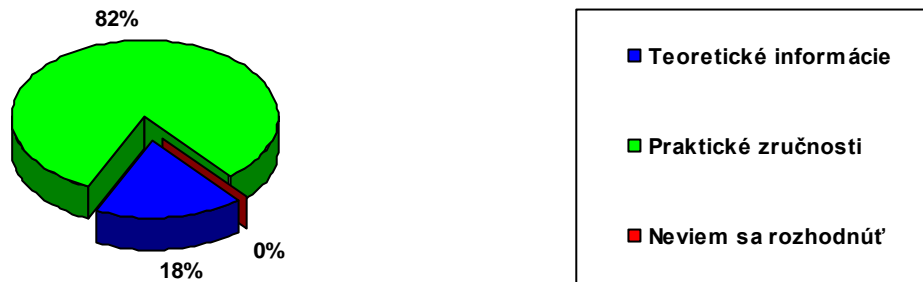
Sestier sme sa spýtali, do akej miery podporujú rozšírenie a posilnenie výučby problematiky rehabilitačného ošetrovateľstva v rámci pregraduálneho štúdia (graf 4). Sestry z praxe v 65 % vnímajú problematiku rehabilitačného ošetrovateľstva za významnú pre poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a podporujú posilnenie výučby.

Graf 4 Posilnenie výučby problematiky rehabilitačného ošetrovateľstva



V závere sme sa spýtali sestier, že ak by mali možnosť zúčastniť sa vzdelávacieho programu tematicky zameraného na problematiku rehabilitačného ošetrovateľstva, aké informácie by preferovali (graf 5) . Sestry až v 82 % odpovedí prejavili záujem o rozšírenie si praktických zručností z oblasti rehabilitačného ošetrovateľstva.

Graf 5 Rozšírenie informácií z problematiky rehabilitačného ošetrovateľstva



Diskusia

Skúsenosti z ošetrovateľskej praxe a pedagogické skúsenosti nás upozorňujú na skutočnosť, že problematika rehabilitačného ošetrovateľstva nemôže tvoriť len okrajovú oblasť tematického zamerania pregraduálnej prípravy budúcich sestier. V praktickej rovine sa budúce sestry v rámci praktickej výučby v prirodzených podmienkach konfrontujú s prvými rehabilitačnými činnosťami u pacientov v reálnych podmienkach (Cetlová, 2011).

Ide o činnosti z oblasti rehabilitačného ošetrovateľstva ako je zmena polohy pacienta, posadzovanie, postavovanie, chôdza a seba obslužné činnosti u pacientov rôzneho veku, v rôznom klinickom stave a s individuálnym rozsahom mobility. Preto je nutné, aby študenti mali už základné teoretické vedomosti zvládnuté v rámci výučby teoretických predmetov, ktoré budú v prirodzených podmienkach rozvíjať a dopĺňať o praktické zručnosti.

Záver a odporúčania

Analýza skladby študijného programu ošetrovateľstvo na FOaZOŠ SZU v Bratislave a analýza odpovedí sestier z praxe nás upozorňujú na nezastupiteľný podiel obsahu rehabilitačného ošetrovateľstva v komplexe informačného balíka v rámci pregraduálnej prípravy sestier. FOaZOŠ SZU v Bratislave pripravuje zdravotníckych pracovníkov v nelekárskych odboroch vo viacerých študijných programoch. Tým, že fakulta disponuje kolektívom odborníkov z ošetrovateľstva a aj fyzioterapie, máme možnosť kompetentne diskutovať o problematike rehabilitačného ošetrovateľstva a hľadať optimálny priestor pre využitie medzi predmetových vzťahov a prepojenie informácií oboch odborov do zjednoteného výučbového obsahu prakticky maximálne využiteľného v prirodzenom prostredí. Otvára sa priestor v rámci rozšírenia spektra výberových predmetov a posilnenia vybraných tém v ošetrovateľských predmetoch o problematiku rehabilitačného ošetrovateľstva. Závety prieskumu poukázali aj na rezervy v informovanosti a praktických zručnostiach sestier o rehabilitačných postupoch. Priestor na zefektívnenie spolupráce sme zaznamenali aj v oblasti komunikácie a inštruovania zo strany fyzioterapeutov. Prezentované

výsledky z empirickej sondy nevyčerpali možnosti analýzy riešenej problematiky, avšak poskytli nám cenné informácie, že v obsahu pregraduálnej prípravy je nutné zakomponovať obsahové zmeny a posilniť problematiku rehabilitačného ošetrovateľstva. Trvalou výzvou zostáva pracovať na zlepšení vzájomnej spolupráce sestier a fyzioterapeutov a dosiahnutie roviny súčinného a plánovitého poskytovania starostlivosti v rozsahu kompetencií príslušného zdravotníckeho povolania.

Literatúra

- [1] CETLOVÁ, L. 2011. Bezpečnostní pás, jako prevence pádu pacienta. In: Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnické dny 2011. I ročník. Jihlava, 2011, s.78 – 84. ISBN 978-80-87035-37-5.
- [2] FARKAŠOVÁ, D., MUSILOVÁ, M. 2009. Ošetrovateľstvo ako vedná disciplína. In: Farkašová D.: *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 245 s. ISBN 978-80-8063-322-6
- [3] NARIADENIE VLÁDY Slovenskej republiky č. 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania a sústave špecializačných odborov
- [4] ŠAJTEROVÁ, Z., ŽIAKOVÁ, E. 2011. *Vzdelávanie fyzioterapeutov v Slovenskej republike*. In: Sborník VI. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařská zdravotnická povolání, Brno, ČR, ISBN 978-80-7399-196-8. s. 254-258.
- [5] MAČKINOVÁ, M. 2011 Aktivita denného života seniorov. Inštitucionálna starostlivosť o seniorov. Bratislava: SZU, 2011. 70 s. ISBN 978-80-89352-55-5
- [6] REPKOVÁ, A. a kol. 2006. Gynekologické ošetrovateľstvo Martin : Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.

Adresa autoriek

doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD., MUDr. Eva Musilová, 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,

eva.musilova@szu.sk

PERSPEKTYWY PODJĘCIA PRACY W POLSCE LUB ZAGRANICĄ W OPINII STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

Dominika Pasierb¹, Edyta Barnaś¹, Renata Raś², Jolanta Wała²

¹Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

²Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa, Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie

Streszczenie

Wstęp: Akcesja Polski do Unii Europejskiej spowodowała otwarcie granic na rynku pracy. Stworzyło to możliwość dla polskich pielęgniarek i położnych podjęcia pracy zagranicą Państwa. W związku z powyższym zaistniał duży problem z zapewnieniem właściwej obsady stanowisk w polskich szpitalach, co stwarza potrzebę wyłonienia czynników, które w największym stopniu decydują o migracji w poszukiwaniu pracy, przede wszystkim w grupie studentów zawodu pielęgniarki i położnej.

Cel pracy: Celem pracy było ukazanie zainteresowania podjęciem pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej w krajach Unii Europejskiej wśród studentów pielęgniarstwa i położnictwa.

Materiał i metoda: W badaniach uczestniczyło 260 studentów, studiujących na kierunkach: pielęgniarstwo (149 osób) i położnictwo (111 osób), zróżnicowanych pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania, poziomu studiów. Badanie przeprowadzono w 2008 r. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Wyniki badań poddano analizie statystycznej (program Statistica).

Wyniki: Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa badanej populacji uważa, że najistotniejszym motywem wyboru kierunku kształcenia jest możliwość podjęcia przyszłej pracy oraz chęć podjęcia pracy w kraju ($p=0,0000$). Wykazano istotny brak znajomości języków obcych wśród studentów pielęgniarstwa i położnictwa ($p=0,0146$). W ocenie 40% studentów pielęgniarstwa wzrastają szanse na zatrudnienie na rynku pracy, w przypadku studentów z położnictwa to zdanie podziela tylko 19% badanych ($p=0,0001$).

Wnioski: Studenci pielęgniarstwa i położnictwa nie są zainteresowani podjęciem pracy w zawodzie w krajach Unii Europejskiej. Dla większości badanych wybór zawodu pielęgniarki/położnej jest postrzegany jako źródło satysfakcji i możliwości samorozwoju.

Słowa kluczowe

Europa, migracja, personel medyczny, zatrudnienie.

PROSPECTS FOR WORK IN POLAND OR ABROAD, IN THE OPINION OF STUDENTS OF NURSING AND MIDWIFERY

Abstract

Introduction: Polish accession to the European Union led to the opening of borders in the labor market. This created an opportunity for Polish nurses and midwives to work abroad. Therefore, the big problem arose with the provision of appropriate staffing in Polish hospitals, which creates the need to identify the factors which determine the greatest migration in search of work, primarily in the group of students in nursing and midwife profession.

The aim of the thesis: The aim of this study was to show interest in joining the profession of a nurse and midwife in the European Union among students of nursing and midwifery.

Material and methods: The studies included 260 students, studying the following disciplines: nursing (149 people) and obstetrics (111 people), differentiated by sex, age, place of residence, level of study. The study was conducted in 2008, the research tool was the author's questionnaire. The results were statistically analyzed (Statistica software).

Results: The conducted research shows that more than half of the population believes that the most important motive for the choice of study is the ability to undertake future work and a willingness to work in the country ($p = 0.0000$). It presented a significant lack of knowledge of foreign languages among students of nursing and midwifery ($p=0.0146$). In the opinion of 40% of nursing students are increasing opportunities for employment in the labor market, in the case of midwifery students this opinion shares only 19% of participants ($p=0.0001$).

Conclusions: Nursing and midwifery students are not interested in working in the profession in the European Union. For most respondents the choice of the profession of nurse/midwife is seen as a source of satisfaction and self-development opportunities.

Key words

Europe, migration, medical staff, employment.

Wstęp

Początek XXI wieku przyniósł wiele zmian na arenie społeczno-politycznej, istotnych dla Polaków i Europejczyków. Włączenie się w europejską społeczność wywołało w polskich pielęgniarkach i położnych nadzieję na lepsze wykorzystanie zasobów profesjonalnej wiedzy i umiejętności oraz poprawę warunków ekonomicznych. Niektóre zagadnienia prawne, organizacyjne i społeczne w obszarze edukacji i praktyki zawodowej wymagały modernizacji. Aktualnie kształcenie pielęgniarek i położnych opiera się na dyrektywach Rady Unii Europejskiej, w myśl których 50% kształcenia jest poświęcone na kształtowaniu umiejętności zawodowych podczas zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Cyklicznie w kraju organizowane są konferencje i szkolenia poświęcone innowacjom w pielęgniarstwie/położnictwie polskim oraz problematyce migracji tych grup zawodowych. Istotną rolę pełną ośrodki informacyjno-edukacyjne dla pielęgniarek i położnych, których zadaniem jest prowadzenie analiz, śledzenie zjawiska migracji zawodowej oraz podejmowanie międzynarodowej współpracy. Fakt akcesji Polski do Unii Europejskiej oprócz wielu

korzystnych zmian w kształceniu zawodowym pielęgniarek i położnych, spowodował również niestabilność na polskim rynku pracy [1,2,3]. W związku z powyższym zaistniał duży problem z zapewnieniem właściwej obsady stanowisk w polskich szpitalach, co stwarza potrzebę wyłonienia czynników, które w największym stopniu decydują o migracji w poszukiwaniu pracy, przede wszystkim w grupie studentów pielęgniarstwa i położnictwa.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie stanowiska studentów pielęgniarstwa i położnictwa wobec możliwości podjęcia pracy w kraju lub zagranicą.

Material i metoda

Materiał stanowiło 260 respondentów, pochodzących z dwóch uczelni wyższych regionu Podkarpacia: z Uniwersytetu Rzeszowskiego w Rzeszowie i Wyższej Państwowej Szkoły Zawodowej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Warunkiem włączenia do badania był: III rok studiów stacjonarnych I stopnia lub I,II rok studiów stacjonarnych II stopnia dla kierunku pielęgniarstwo oraz położnictwo. Badani zostali poinformowani o celowości i anonimowości badania i wyrazili zgodę na udział w nim. Metodą wykorzystaną do zebrania danych była metoda sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety, skonstruowanego specjalnie dla potrzeb badania. Badanie przeprowadzono w 2008 r. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej w oparciu o program Statistica 8.0.

Wyniki

Populację badanych tworzyło ogółem 260 studentów, tj. 249 kobiet (95,8%) i 11 mężczyzn (4,2%). W badanej zbiorowości było więcej studiujących pielęgniarstwo - 53,7%, zaś liczba osób będących na studiach I oraz II stopnia była niemal identyczna (50,4% i 49,6%). Wśród badanych zdecydowanie dominowały kobiety, które stanowiły ponad 95% ankietowanych. Nieco ponad połowę stanowili ankietowani w wieku 22-25 lat- 53,8%, kolejno w wieku 19-21 lat- 26,9%. Większa część ankietowanych -54,6% mieszkała na wsi. Aktualnie zawód pielęgniarki/położnej wykonuje 34,2% badanych. Dane przedstawia Tab.I.

Ankietowani postrzegają wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej jako źródło satysfakcji (prawie 60% odpowiedzi) oraz sposób na zdobycie środków do życia, a także możliwość samorealizacji. Co szósta osoba deklaruje chęć zmiany kierunku studiów na inny, niekoniecznie związany z naukami medycznymi (Tab.II.).

Kolejno badanych zapytano o to jak oceniają ewaluację zmian na rynku zawodów medycznych w kraju. Porównując kierunki uzyskano istotne różnice- zdecydowanie większymi optymistkami są pielęgniarki, które widzą więcej możliwości co do różnych form i miejsc zatrudnienia w przyszłości (Tab.III.) .

Analizując deklaracje odnośnie znajomości charakteru pracy pielęgniarki/położnej w krajach UE wyraźnie widać brak zróżnicowania pomiędzy kierunkami studiów. Ogółem zdecydowanie więcej ankietowanych interesuje się rynkiem pracy w innych krajach unijnych (Tab.IV.).

Przeprowadzono także analizę znaczenia 8 wskazanych przez respondentów argumentów, którymi motywowali się podczas wyboru kierunku studiów. Podczas analizy porównywano liczbę i procent osób, dla których dany argument miał znaczenie średnie lub wysokie. Pojawiło się wiele znaczących różnic pomiędzy kierunkami, więcej argumentów przemawiających za podjęciem pracy, w tym poza granicami kraju, deklarowali ankietowani z pielęgniarstwa (Tab.V.).

Dyskusja

Deficyt pielęgniarek i położnych stwarza potrzebę wyłonienia czynników, które w największym stopniu decydują o migracji w poszukiwaniu pracy, przede wszystkim w grupie studentów przygotowujących się do zawodu. Z tego też względu przedmiotem badań prezentowanych w niniejszej pracy są motywy, którymi kierują się studenci kierunku pielęgniarstwa i położnictwa w wyborze docelowego zatrudnienia.

Według analiz wynika, że niespełna 35% badanych z kierunku pielęgniarstwo i 17% z kierunku położnictwo deklaruje chęć wyjazdu za granicę ($p=0,0015$). Istotne jest to, że dla 66% badanych studentów z pielęgniarstwa i 44% z położnictwa, argument związany z możliwością wyższych zarobków w krajach unijnych jest ważnym impulsem do rozważenia opcji podjęcia pracy w zawodzie poza granicami kraju ($p=0,0003$).

Badania Ławskiej W. i wsp. przeprowadzone wśród 86 studentów PWSZ w Nowym Targu wykazały ewaluację w czasie czynników wpływających na plany absolwentów kierunku pielęgniarstwa: w roku 2009 o 50% mniej absolwentów deklarowało wyjazd za granicę w celu podjęcia pracy w porównaniu z rokiem 2006, jednocześnie większy odsetek badanych (70%) deklarował chęć kontynuacji studiów pielęgniarstkich na II poziomie [4]. W badaniu własnym wykazano, iż co 6-ta osoba deklarowała chęć zmiany kierunku studiów na inny, niekoniecznie związany z naukami medycznymi.

Odmienne, choć interesujące wyniki uzyskali Kropiwnicka E. i wsp., którzy wśród 320 studentów kierunków lekarskiego i pielęgniarstkiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, wykazali, iż zdecydowana większość badanych po ukończeniu studiów planuje podjęcie pracy w zawodzie, pozostanie w kraju deklaruje 72,5% badanych z kierunku lekarskiego i 66,5% badanych z kierunku pielęgniarstkiego. Autorzy badania wykazali, że wybór studiów był powiązany z pochodzeniem ankietowanych ze środowiskiem medycznym w połowie przypadków. Zaś kierunek studiów był zgodny z aspiracjami dla 81% badanych z kierunku pielęgniarstkiego [5]. W badaniach własnych wykazano, iż dla 60% badanych zawód pielęgniarki jest postrzegany jako źródło satysfakcji, w opinii ponad 40% ankietowanych oprócz możliwości zarobkowania daje on też możliwość samorealizacji.

Podobna populacja studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo była przedmiotem badań Bińkowskiej- Bury i wsp., wykazali oni, iż praca w zawodzie medycznym jest postrzegana przez badanych jako interesująca i atrakcyjna ($p=0,000$), przy czym wykazano różnice pomiędzy kierunkami studiów- wyższe poczucie koherencji posiadali studenci z pielęgniarstwa, osoby młodsze wiekiem i z wyższym wykształceniem [6,7]. O tym jak istotnym jest poczucie własnej skuteczności w pracy zawodowej pielęgniarek przekonują

Andruszkiewicz A. i wsp., którzy w grupie 428 pielęgniarek wykazali, iż osoby z wyższym poczuciem skuteczności wykazywały się lepszą odpornością na sytuacje stresowe [8].

Problem migracji wykwalifikowanego personelu medycznego- w tym personelu pielęgniarskiego/położniczego, jest przedmiotem badań wielu autorów polskich i zagranicznych, które pozwalają na dokładną analizę czynników determinujących podjęcie decyzji o migracji. Wśród głównych czynników rozważa się: prawne, ekonomiczne, społeczne. Przykładem tych ostatnich związanych z niską autonomią zawodową - są masowe migracje pielęgniarek Libańskich do krajów Zatoki Perskiej, Ameryki północnej i Europy [9]. Migracja pielęgniarek i położnych dotyczy głównie wykwalifikowanych kadr w grupie osób najmłodszych wiekiem wśród uprawnionych do wykonywania zawodu. Deficyt pielęgniarek najczęściej dotyczy krajów rozwijających się. Przykładem są USA- zdecydowana większość migrujących tu pielęgniarek pochodzi z Filipin, Indii i innych krajów Azji Południowej. W samych tylko Stanach Zjednoczonych deficyt 6% pielęgniarek z roku 2000 jest szacowany na pogłębienie się do 29% w 2020 r., stąd atrakcyjność tego kraju dla pielęgniarek pochodzących z uboższych krajów [10,11,12,13,14]. Jednocześnie międzynarodowe publikacje sugerują, że zjawisko migracji pielęgniarek i położnych dotyczy również krajów wysoko rozwiniętych. Pielęgniarki i położne z Australii, Kanady, Filipin, RPA, Wielkiej Brytanii, Irlandii oraz Stanów Zjednoczonych, motywowane są lepszą jakością życia, walorami wyższych zarobków oraz możliwością kontynuacji edukacji w zawodzie [15]. Według raportu WHO braki kadrowe personelu medycznego na świecie szacowane są na ok. 4,25 mln pracowników. Według autorów raportu kryzys kadr medycznych dotyczy w różnym stopniu każdego państwa na świecie [16]. Z kolei dane polskie uzyskane z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wskazują na niepokojące zjawisko odchodzenia od wykonywania zawodu oraz wczesne odchodzenie na emeryturę wśród pielęgniarek i położnych. Wśród pielęgniarek aktywnych zawodowo ponad 60% to osoby w wieku powyżej 40 lat. W grupie wieku

25-29 lat pracujące pielęgniarki stanowią tylko 4,48%, jest to związane z mniejszym zainteresowaniem młodzieży do kształcenia się w tym zawodzie, a po uzyskaniu dyplomu znaczna część absolwentów poszukuje pracy poza zakładami opieki zdrowotnej [17]. W badaniu własnym $\frac{1}{4}$ studentów z kierunku pielęgniarstwo, uważała, iż istnieje możliwość zatrudnienia w zawodzie i prognozy związane z zatrudnieniem na przyszłość są pozytywne. Zdecydowanie mniej optymistycznie są nastawione osoby z kierunku położnictwo, które w połowie uważały, iż trend ten nie zmieni się w niedalekiej przyszłości ($p=0,0001$).

Istotnym problemem ściśle związanym z migracją pielęgniarek i położnych są bariery lingwistyczne. Z badań własnych wynika, że w kategorii języka angielskiego prawie połowa badanych nie zna go wcale. Podobna sytuacja dotyczy języka niemieckiego, zaś pozostałe języki znane są w stopniu znikomym ($p=0,0146$). W zawodzie pielęgniarki i położnej nie ma miejsca na pomyłki wynikające z błędów w komunikacji interpersonalnej- ryzykujemy tu zdrowiem lub życiem pacjenta. Niewystarczająca znajomość języka kraju wyklucza możliwość podjęcia w nim pracy. Można więc powiedzieć, że wśród badanej grupy studentów główną barierą wyjazdu za granicę stanowi niski poziom znajomości języków obcych.

Na podstawie zaprezentowanych rozważań można przypuszczać, że poziom zainteresowania podjęciem pracy w zawodzie w krajach Unii Europejskiej wśród studentów pielęgniarstwa i położnictwa jest niski. Wpływ ma tutaj najprawdopodobniej aktualna sytuacja kryzysu na tle gospodarczo-ekonomicznym w Polsce i na świecie, która stwarza olbrzymie ryzyko w znalezieniu zatrudnienia. Zadowalające jest zjawisko determinacji młodzieży do podejmowania nauki na studiach wyższych oraz chęć świadczenia opieki pielęgniarstwa i położniczej w kraju.

Wnioski

1. Studenci pielęgniarstwa i położnictwa nie są zainteresowani podjęciem pracy w zawodzie w krajach Unii Europejskiej.
2. Dla większości badanych wybór zawodu pielęgniarstwa/położnej jest postrzegany jako źródło satysfakcji i możliwości samorozwoju.

Piśmiennictwo

- [1] Wrońska I, Krajewska – Kułak E. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- [2] Rogala-Pawelczyk G. Pielęgniarstwo polskie pielęgniarstwem europejskim. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007;3:8-9.
- [3] Fontaine P. Europa w 12 lekcjach. Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2004.
- [4] Ławska W, Dębska G, Zięba M, Łyżnicka M. Przygotowania zawodowe i plany absolwentów kierunku pielęgniarstwo w Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Targu. Problemy Pielęgniarstwa 2010;18(2):163-168.
- [5] Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, Krajewska-Kułak E. Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 70–80.
- [6] Binkowska – Bury M, Marć M, Boratyn – Dubiel L. Poczucie koherencji, a motywacja wyboru zawodu pielęgniarstwa i położnej. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2006;1:34 – 40.
- [7] Binkowska- Bury M, Boratyn- Dubiel L, Gutkowska D. Poczucie koherencji u studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2006, 2: 146-151.
- [8] Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M, Felsmann M, Marzec A, Kiełbratowska B, Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 143–147.
- [9] El- Jardali F, Dumit N, Jamal D, Mouro G. Migration of Lebanese nurses: a questionnaire survey and secondary data analysis. Int J Nurs Stud 2008 Oct;45(10):1490-500. Epub 2008 Feb 1.

- [10] Matsuno A. Nurse migration: the Asian perspective. ILO/EU Asian Programme on the Governance of labour migration. Technical note. 2009.
http://www.docstoc.com/docs/17901372/Nurse-Migration_-Asian-Perspective, data wejścia: 15.01.2011.
- [11] Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar- Danesh N. Migration: a concept analysis from a nursing perspective. *J Adv Nurs* 2011 Nov 1. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05858.
- [12] Ronquillo C, Boschma G, Wong ST, Quiney L. Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history. *Nurs Inq.* 2011 Sep;18(3):262-75. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00545.x.
- [13] Blythe J, Baumann A. Internationally educated nurses: profiling workforce diversity. *Int Nurs Rev* 2009 Jun;56(2):191-7.
- [14] Ivković M. International nurse migrations – global trends. *Journal of the Geographical Institute “Jovan Cvijić” SASA* 61(2) (53-67), doi: 10.2298/ijgi1102053i.
- [15] Kline S. Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship.* Second Quarter 2003;35(2):107-111.
- [16] Buchan J, Sochalski J. The migration of nurses: trends and policies. Workforce data systems are provided. *Bulletin of The World Health Organization*, 2004;82 (8):559-636.
- [17] <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>

Adres do korespondencji

Dominika Pasierb
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Uniwersytet Rzeszowski
35-310 Rzeszów, ul. Pigonia 6
Tel.017 872-11-95; Fax. 017 872-13-58

Tab. I. Wybrane dane socjo-demograficzne badanej grupy
 Table. I. Selected socio-demographic data of the study population

Kierunek kształcenia	Poziom studiów	
	licencjat	magisterski
pielęgniarstwo	98 (65,8% →)	51 (34,2% →)
położnictwo	33 (29,7% →)	78 (70,3% →)
Razem	131 (50,4%)	129 (49,6%)
Płeć	Liczność	Procent
kobieta	249	95,8%
mężczyzna	11	4,2%
Wiek	Liczność	Procent
19-21 lat	70	26,9%
22-25 lat	140	53,8%
26-30 lat	18	6,9%
powyżej 31 lat	32	12,3%
Miejsce zamieszkania	Liczność	Procent
wieś	142	54,6%
miasto	118	45,4%
Praca w zawodzie pielęgniarki/położnej	Liczność	Procent
tak	89	34,2%
nie	43	16,5%
brak danych	128	49,2%

Tab. II. Sposób postrzegania zawodu pielęgniarki/położnej.
 Table. II. The perception of the profession of nurse/midwife

Sposób postrzegania zawodu pielęgniarki	Liczność	Procent ^{*)}
źródło satysfakcji	153	58,8%
sposób na zdobycie środków do życia	116	44,6%
możliwość samorealizacji	115	44,2%
spełnienie marzeń	27	10,4%

*) Procenty nie sumują się do 100%, gdyż można było wskazać wiele odpowiedzi
 *) Percentages do not total 100% because you can indicate multiple responses

Tab. III. Ocena rynku pracy w opinii studentów pielęgniarstwa i położnictwa

Table III. Assessment of the labor market, in the opinion of students of nursing and midwifery

Liczba miejsc pracy	Kierunek kształcenia ($p = 0,0014^{**}$)		Razem
	pielęgniarstwo	położnictwo	
wzrasta	52 (35%)	17 (15%)	69
maleje	51 (34%)	58 (52%)	109
nie ulega zmianie	26 (17%)	25 (23%)	51
nie mam zdania	20 (13%)	11 (10%)	31
Razem	149	111	260

Szanse na zatrudnienie	Kierunek kształcenia ($p = 0,0001^{***}$)		Razem
	pielęgniarstwo	położnictwo	
wzrosną	59 (40%)	21 (19%)	80
ulegną obniżeniu	51 (34%)	36 (32%)	87
nie zmienią się	39 (26%)	54 (49%)	93
Razem	149	111	260

Tab. IV. Wiedza ankietowanych o warunkach podjęcia pracy w krajach unijnych

Table IV. Knowledge of respondents about the conditions to work in EU countries

Znajomość warunków pracy w Unii	Kierunek kształcenia ($p = 0,4281$)		Razem
	pielęgniarstwo	położnictwo	
znam	79 (54%)	64 (59%)	143
nie znam	68 (46%)	45 (41%)	113
Razem	147	109	256

Tab. V. Powody dla których ankietowani zdecydowali się na wybór konkretnego kierunku studiów

Table V. Reasons for which respondents decided to choose a particular field of study

Możliwości wynikające z uzyskania wyższego wykształcenie	Studiowany kierunek				Test chi-kwadrat (p)
	pielęgniarstwo		położnictwo		
	N	%	N	%	
chęć wyjazdu	52	35%	19	17%	0,0015**
możliwość podjęcia pracy	134	90%	76	68%	0,0000***
wyższe zarobki w krajach Unii	99	66%	49	44%	0,0003***
uznawalność kwalifikacji	123	83%	84	76%	0,1735
liczne oferty za granicą	91	61%	31	28%	0,0000***
chęć pracy w kraju	128	86%	85	77%	0,0532
trudna sytuacja materialna	52	35%	30	27%	0,1766
znajomość języków obcych	75	50%	39	35%	0,0146*

NIEKTORÉ ASPEKTY KOMUNITNEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE

Ľuba Pavelová

UKF Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Abstrakt

Komunitná sociálna práca je jednou z metód sociálnej práce, ktorá otvára nové možnosti práce s rôznymi cieľovými skupinami v komunite. Je na obyvateľoch komunity, či túto metódu práce budú rozvíjať a zároveň tým rozvíjať aj svoje komunity. Príspevok sa zaoberá niektorými aspektami komunitnej sociálnej práce .

Kľúčové slová

Komunita, komunitná sociálna práca, sociálna práca.

SOME ASPECTS OF COMMUNITY SOCIAL WORK

Abstract

Social work is one of the methods of social work, which opens new possibilities for working with different target groups in the community. The inhabitants of the community, whether this method will work to develop and to develop team and their communities. The paper deals with some aspects of community social work.

Key words

Community, community social work, social work.

Deväťdesiate roky znamenajú predovšetkým odklon od veľkých teórií. Komunitná práca ako profesionálna činnosť je dnes chápaná ako súčasť sociálnych služieb, ktorej cieľom je buď nedostatkom v sociálnych vzťahoch predchádzať, alebo ich usmerňovať. Tradičná komunitná práca nemá zatiaľ na Slovensku takmer žiadnu tradíciu. V poslednej dobe je vidno trend nielen pomáhať okrajovým skupinám začleniť sa do komunity, ale tiež podporovať obyvateľov komunity na participáciu pri riešení problémov v rôznych oblastiach života.

Podľa Rákoczyovej(2003) sa opakovane v Slovenskej republike zvýšená pozornosť venuje praktickej sociálnej práci, ale aj, a to predovšetkým, sociálnej práci ako vednému odboru v súvislosti so zmenou sociálno-politických, ale aj filozofických východísk spoločenského rozvoja SR po roku 1989 v rámci prechodu na trhové hospodárstvo. Nie je to jediný dôvod na zvýšený záujem o sociálnu prácu ako prax, študijný odbor, aj ako vedný odbor či disciplínu, metódu práce atď. Ďalším dôvodom je vznik nových a nárast intenzity a kvality už poznaných sociálnych negatívnych situácií a problémov, vyžadujúcich spoločenskú intervenciu.

Tokárová(2002) popisuje rozvoj na začiatku vplyvom charitatívneho cítenia niektorých občanov, postupne zapojením cirkevných a záujmových organizácií, nadácií, ale tiež

zamestnávateľským subjektov a podnikateľskej sféry. Veľkým impulzom na prepracovanie a na jej uplatnenie bola III. Medzinárodná konferencia sociálnej práce na tému „Sociálna práca a obec“, ktorá sa konala v Londýne v roku 1936. V rámci prípravy materiálu pre konferenciu bol v Československu uskutočnený rad sociálnych a sociologických pozorovaní v zaostalých obciach, najmä na východnom Slovensku. Cieľom bolo zistiť, ako by bolo možné zlepšiť sociálne, zdravotné a kultúrne podmienky obyvateľov a ihneď boli vykonané základné hygienické a epidemiologické opatrenia v týchto obciach. Podobné akcie boli realizované v postihnutých oblastiach Československa v prvých dvoch rokoch po II. svetovej vojne tímami zloženými zo zdravotníckych a sociálnych pracovníkov.

V roku 1967 bol v Anglicku vytvorený kolektív, ktorý tvorili odborníci sociálnej práce, sociológie a sociálnej psychológie. Títo formulovali ciele a obsah komunitnej sociálnej práce na základe spoločenských procesov industriálnej spoločnosti. Podľa názorov autorov sociálny pracovník plánuje také usporiadanie spoločenských štruktúr, aby komunita dokázala optimálne využívať a efektívne čerpať prostriedky zo spoločenských zdrojov, ktoré sú dané k dispozícii. Špecifické predpoklady sociálnej práce s komunitou popri vzťahoch medzi členmi komunity tvoria:

- výrazné vzťahy k miestu bydliska,
- rovnaké nazeranie na problémy,
- rovnaká ekonomická a spoločenská úroveň a špecifické vzťahy k predstaviteľom mocenských štruktúr a obecnej samosprávy.

Komunitná sociálna práca sa v niektorých oblastiach javí ako jediná priechodná forma, preto je jej používanie v niektorých prípadoch nutné. Často zlyhávajú i dobre myslené sociálne a politické opatrenia, zdravotné a výchovné opatrenia, a to len z toho dôvodu, že nie sú prijaté komunitou. Preto je dôležitý medzistupeň, ktorý sme popísali v predchádzajúcom texte a ktorý je spätý so získavaním komunity pre ciele, prípadne ich spoločné stanovovanie.

Matoušek (2003) uvádza, že v susednej Českej republike narážajú iniciátori a realizátori komunitných projektov na nasledujúce limitujúce podmienky:

- malá pripravenosť ľudí spolu riešiť spoločné problémy – v dôsledku silnej tendencie v spoločnosti k uzatvoreniu sa do „individuálneho konzumu“, ale i v dôsledku štyridsaťročnej manipulácie s občanom a zneužívania jeho prirodzenej potreby podieľať sa na živote svojej komunity,
- prevládajúce očakávanie obyvateľov komunity, že na riešenie problémov miestnej úrovne sú určení iní ľudia než oni,
- prevládajúce nastavenie úradov skôr na „riadenie ľudí“ než na podporu participácie pri riešení problémov (predstava, že pasívny občan je dobrý občan),
- obmedzené množstvo finančných prostriedkov, ktoré znemožňujú niektoré projekty dotiahnuť do konca alebo do optimálneho tvaru,
- tam, kde sa komunitná práca používa, vytvárajú sa tzv. ostrovčeky pozitívnej deviácie, ale podmienky (legislatívne, finančné, organizačné) na systémové opatrenia chýbajú.

Podobnú situáciu predpokladáme aj na Slovensku, a tak prekonávanie bariér často odoberá energiu i tým nadšencom, ktorí sa na cestu komunitnej sociálnej práce vydali. Je však treba

mať na zreteli, že ani komunitná sociálna práca nemôže nahradiť rozsiahlejšie a širšie procesy ekonomické, sociálne a politické zmeny. Komunitná sociálna práca má potenciál takéto procesy ovplyvňovať, a to hlavne uplatňovaním preventívnych a participatívnych prístupov.

Blízky pojmu komunitná sociálna práca je tiež pojem komunitná starostlivosť. Ide pri nej o smerovanie k takému usporiadaniu služieb pre skupiny „na okraji“ (osoby handicapované, seniorov, duševne choré osoby atď.), aby mohli zostať so svojím handicapom vo svojej komunite a žiť v nej plnohodnotný život, čo ruší doteraz tak preferovanú ústavnú starostlivosť. Komunitná práca, ktorá sa sústreďuje na model komunitnej starostlivosti, usiluje sa o kultiváciu sociálnych sietí a dobrovoľníckych služieb, ktorých cieľom je uspokojovanie potrieb obyvateľov, a to zvlášť seniorov, ľudí s postihnutím a detí do 5 rokov. Koncentruje sa na rozvoj svojpomocných poňatí uspokojovania sociálnych potrieb. Úlohou profesionálov je podnecovanie k starostlivosti a dobrovoľníckej iniciatíve (Příhodová, 2002). Profesionálni pracovníci zastávajú viac či menej stabilnú podporujúcu alebo monitorujúcu úlohu, využívajú dobrovoľníkov a pomocných pracovníkov. Komunitní pracovníci sa snažia v krátkom časovom úseku plniť iniciačnú a podporujúcu rolu, cieľom je vytvorenie fungujúceho systému starostlivosti, ktorý sa obíde bez ich ďalších zásahov. Komunitná starostlivosť môže prebiehať ako aktivita laikov len s malým zapojením profesionálov. Príklady komunitnej starostlivosti sú popísané napr. v Anglicku a v Japonsku. Objavujú sa od osemdesiatych rokov minulého storočia.

V mini príručke pre komunitné plánovanie sociálnych služieb čítame nasledovnú informáciu:

„Od reformy verejnej správy v sociálnej oblasti sa očakáva, že prinesie:

- viac služieb, pretože sociálne služby, na rozdiel od zdravotných a vzdelávacích, sú nedostatkové v celej štruktúre a vo všetkých regiónoch,
- služby bližšie k občanom, pretože minulý režim postavil sociálnu starostlivosť na veľkokapacitných špecializovaných inštitúciách, ktoré vytrhávajú ľudí z ich prirodzeného prostredia a tento typ služieb stále prevláda na úkor komunitných služieb,
- vyššiu kvalitu služieb, čo sa prejaví väčšou rôznorodosťou služieb, ktoré budú primeranejšie uspokojovať individuálne potreby a chrániť práva ľudí v sociálnej núdzi.“

Cieľom komunitného plánovania sociálnych služieb je posilňovať sociálnu súdržnosť komunity a podporovať sociálnu inklúziu a predchádzať sociálnej exklúzii jednotlivcov a skupín. Aby sa ciele stali realitou, je potrebné vytvoriť primerané nástroje. Predovšetkým je potrebné urobiť serióznu analýzu potrieb, ktoré treba uspokojiť v jednotlivých znevýhodnených skupinách. Analýza potrieb má byť východiskom plánovania sociálnych služieb na úrovni komunity a regiónu. Komunitné plánovanie nám dá odpoveď na otázku, ako veľa a aké sociálne služby treba vytvoriť, ako by mali byť v území rozmiestnené a aké ľudské, materiálne a finančné zdroje máme k dispozícii. Sú to veľmi dôležité odpovede, pretože v nich je okrem iného skrytá aj odpoveď na otázku, koľko nových pracovných miest a kde sa vytvorí.

Sociálna práca v komunite pozná aj ďalšie modely. Jedným z nich je komunitný rozvoj. Tento model je využívaný v súčasnosti hlavne v práci s rómskymi komunitami. Komunitné rozvojové programy s Rómami sú včlenené do väčšiny akčných plánov alebo stratégií, aj keď

môžeme diskutovať o ich účinnosti, priblížime teoretické východiská tohto modelu, pretože sme presvedčení, že ho je možné využiť v práci so všetkými cieľovými skupinami.

Komunitný rozvoj sa začal vyvíjať v USA a Veľkej Británii po druhej svetovej vojne. Pôvodne bol zamýšľaný k podpore marginalizovaných lokalít a ľudí z rozvojových zemí a je uzaložený na demokratických princípoch. V krajinách južnej Európy sa často používa termín - sociálny rozvoj a má v skutočnosti rovnaký význam. Komunitný rozvoj je oboje – proces i metóda. Proces môže byť definovaný ako zmena, ktorá sa deje v komunitách a je zameraná na vytvorenie lepších podmienok pre riešenie problému. Metóda komunitného rozvoja môže byť definovaná ako spôsob stimulácie a ovplyvňovanie zmien pozitívnym strom (Schuringa, 2007). V tomto smere je na mieste poukázať na súvislosť s metódou skupinovej sociálnej práce, ktorej cieľom je tiež rozvoj individuálnych potenciálov členov skupiny.

Stabilitu v komunite nemôžeme dosiahnuť bez toho, aby sa do diania v nej zapojili ľudia. Zmena postoja, o ktorý sa komunitný rozvoj snaží, môže byť viditeľne uskutočňovaná cez dva cykly podľa S.R. Covey (1989, In: Schuringa, 2007), ktoré sú obvykle používané pre self-management. Môžeme si predstaviť, že stojíme v strede dvoch cyklov. Vnútorň okruh je *cyklus záujmu*. Skladá sa zo všetkých vecí, ktoré sa dejú v našom živote, ľudia okolo nás, veci, o ktoré sa zaujmame a s ktorými sme konfrontovaní, zo všetkého, čo sa s nami deje, okolo nás, v našom okolí, vo svete. Každý má svoj osobný cyklus záujmu. Vovnútri je menší okruh: *cyklus vplyvu*. Je to oblasť, kde môžeme náš život ovplyvniť. Prirodzene je tento cyklus omnoho menší než ten prvý. Veľa vecí, čo sa deje v našom živote nemôžeme ovplyvniť vo všetkom. Keď uvažujeme o veciach, ktoré sa odohrávajú v priestore medzi dvomi okruhmi, hneváme sa, sťažujeme sa na náš osud, obviňujeme ostatných, že nám nepomáhajú, cítime sa jako obeť, ktorá nemôže čokoľvek urobiť, znižujeme tým svoj cyklus vplyvu a naša energia do života sa stráca. Naopak, ak sa koncentrujeme na vnútorň okruh, na to, čo môžeme urobiť, aby sme zmenili situáciu, náš cyklus vplyvu porastie a s ním aj naša životná energia a kvalita života. To je nezávislé na reálnej zmene v životných podmienkach. Samozrejme úspechy budú stimulovať viac aktívneho záujmu o dianie, ktoré je vo vnútri nášho rámca, ale rastúca sebaúcta, zdieľanie našich názorov, pocitov a myšlienok s ostatnými ľuďmi a hľadanie možných riešení a malých zmien, bude mať skutočný účinok na to, ako budeme prežívať náš život v dobrých i zlých okolnostiach.

Tak ako popisuje Schuringa (2007) zmena postoja od apatického smerom k sebaúcte, kedy sami hľadáte, čo môžete urobiť sám v spojení s ostatnými ľuďmi - to je podstata komunitného rozvoja. Od reaktívneho k proaktívnemu postoju. Pri reálnych požiadavkách na zmeny je sa treba zamerať predovšetkým na miestnu úroveň. Tu majú problémy konkrétnu podobu, sú o ľuďoch z mäsa a krvi, každý z nich zápasí, aby prežil. Tu môžeme hľadať konkrétne riešenia. Aj keď miestne a národné vlády musia vytvoriť priaznivé podmienky, riešenie konkrétnych situácií sa musí hľadať v spolupráci s miestnymi ľuďmi, učiteľmi, policajtni, funkcionármi, poskytovateľmi starostlivosti, obchodníkmi apod. Tu musíme uskutočniť požadované zmeny postoja jednotlivcov a komunity jako celku. V tomto procese sú základným predpokladom kontakty tvárou v tvár. Veľmi dôležité sú postupné úspechy, pretože cez ne môže každý jednotlivec i komunita okúsiť dôsledky zmeny k proaktívnemu

postuju. Zmena sa deje zvnútra, rastie uvedomenie si vlastnej sily a schopností. Podobne komunitný rozvoj charakterizuje aj Hartl (1997).

Záver

Ak dokážeme do starostlivosti o rôzne cieľové skupiny sociálnej práce zakomponovať rozmer spoločenstva a spolupatričnosti prostredníctvom komunitnej sociálnej práce, máme šancu dostať na vyššiu úroveň kvalitu života mnohých ľudí. To je perspektíva hodná nášho záujmu.

Použitá literatúra

- [1] HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*, Praha, SLON, 1997, ISBN 80-85850-45-1.
- [2] MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 384. ISBN 80-7178-548-2
- [3] Minipříručka pre komunitné plánovanie sociálnych služieb. 2004. Socia - nadácia na podporu sociálnych zmien 2004
- [4] PŘÍHODOVÁ, A. 2002. Modely komunitní práce. In: Sociální práce/ Sociálna práca, 1/2002, s. 53.
- [5] RÁKOCZYOVÁ, 2003. Komunitní sociální práce jako jeden z nástroju řešení problému sociální exkluze. Sociální práce/Sociálna práca 1/2003, s. 69-82.
- [6] SCHURINGA, L. *Komunitní práce a inkluze Romu*, SPOLU International Foundation, 2007
- [7] TOKÁROVÁ, A. et. al. *Sociálna práca*. 3. vydanie Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, AKCENT PRINT, 2007, 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8

Adresa autorky

Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.
UKF, FSVaZ, KSPaSV
Kraskova 1
949 74 Nitra
e-mail: lpavelova@ukf.sk

NURSING THEORIES IN PRACTICE

**Beata Penar-Zadarko¹, Monika Binkowska-Bury¹, Elzbieta Cipora²,
Krzysztof Jakubowski²**

¹Institute of Nursing and Health Science, Medical Department, University of Rzeszow, Poland, ²Department of Nursing, Medical Institute, Jan Grodek Higher Vocational School in Sanok Poland

Abstract

Contemporary trends in nursing strive to increase the quality and efficiency of nursing practice. Through nursing based on selected nursing practice a quality of nursing might be rationally influenced despite of expense increase. All over the world an attempt is made to merge theory with practice. However, in Poland there is a few studies which would prove the use of nursing theories in practice.

An aim of the paper was to assess the use of nursing theories in practice.

Material and methods: The study was carried out in 2011 among 280 nurses. The survey was conducted by means of a diagnostic survey with the use of questionnaire. Chi-square test was used for statistical analysis.

Results: Studied nurses usually associated their nursing practice tasks with theories of F. Nightingale, D. Orem and V. Henderson. The majority of respondents did not use the guidelines of nursing theories in their work, despite the fact that these orient toward nursing tasks and increase the quality of nursing. The results showed that among studied nurses the level of knowledge on nursing practices and its usage in nursing practice depends on occupational improvement.

Key words

Nursing models/ theories, nursing practice, occupational independence.

VYUŽITIE KLASIFIKAČNÝCH SYSTÉMOV OŠETROVATEĽSTVA V PRAXI

Eubica Poledníková, Alica Slamková

Katedra ošetrovateľstva , Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity
Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Pády sú závažným problémom starostlivosti o starých ľuďí. Cieľom príspevku bolo vytvoriť efektívny ošetrovateľský manažment rizika pádu u hospitalizovaných seniorov aplikáciou klasifikačných systémov ošetrovateľstva NIC (Nursing Interventions Clasification) a NOC (Nursing Outcomes Clasification) pri ošetrovateľskej diagnóze „Riziko pádu – 00155“. Na realizáciu výskumu sme použili kváziexperiment, doplňujúcou metódou bola obsahová analýza ošetrovateľskej dokumentácie. Zistili sme, že použitie Skriningového testu na určenie rizika pádu, má vplyv na stanovovanie ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu – 00155. Aplikáciou preventívnych opatrení (NIC Prevencia pádu 6490) došlo k zlepšeniu správania sa respondentov a ošetrojúceho personálu vzhľadom k eliminovaniu rizikových faktorov pádu (NOC Bezpečné správanie: prevencia pádu 1909), čím klienti dosiahli plánovaný cieľ, t. j. znížili si riziko pádu a predišli pádu do konca hospitalizácie.

Kľúčové slová

Pády. Úrazy. Senior. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva. Ošetrovateľská diagnóza.

THE USE OF THE NURSING CLASSIFICATION SYSTEMS IN PRACTICE

Abstract

Falls are a serious problem of elderly care. The aim was to create an effective nursing management of the risk of falls in hospitalized elderly nursing with application classification systems NIC and NOC in nursing diagnosis "Risk of falling - 00155". Kvaziexperiment was the main research method, supplementary method was content analysis of nursing documentation. We found that the use of Screening test for determining the risk of fall, impacts to confirm the nursing diagnosis Risk of falling - 00155. The behavior of respondents and nursing staff improved with regard to eliminating the risk factors for falls (NOC: Safe and behaviors: prevention of fall 1909) with application of preventive measures (NIC: Prevention of fall 6490). Clients achieved the planned aim, reduced the risk of falling and avoid falling into the end of hospitalization.

Key words

Falls. Injuries. Senior. Nursing Classification Systems. Nursing Diagnosis.

Úvod

Pády sú jedným so závažných problémov staroby. Hegyi a Krajčík (2004, s. 138) uvádzajú, že: „Incidencia pádov a úrazov starších osôb v domácnosti sa pohybuje medzi 25 a 40 %. Z nich asi 50 % umiera v priebehu nasledujúcich 6 mesiacov. Z tých osôb, ktoré sú po páde hospitalizované, preživa 1 rok taktiež 50 %“. Podľa Venglárovej (2007, s. 58) okolo 40 % poranení starších ľudí spôsobili pády, až 25 % ľudí vo veku 65 až 74 rokov raz spadne a vo veku nad 75 rokov spadne aspoň polovica starých ľudí. Neprijemnou komplikáciou pádov sú obávané zlomeniny, ktorých veľkú pravdepodobnosť zvyšuje v staršom veku často sa vyskytujúca osteoporóza. Pri pádoch hrozia aj iné poranenia, prípadne zdravotné problémy iného druhu, ako sú napr. dekubity pri dlhodobej imobilizácii, obmedzovanie každodenných aktivít a najmä strata sebestačnosti a samota seniora, ktorá môže vyvolať vznik negatívnych emócií podporujúcich vývoj depresie (Zrubcová, Schmidtová, 2009, s. 160).

Východiská riešenej problematiky

Manažment ošetrovateľskej diagnózy „Riziko pádu – 00155“

Ošetrovateľský proces je systematická aktivita zameraná na riešenie problémov pacienta/klienta. Štandardná terminológia pomáha sestram prijímať správne rozhodnutia a zároveň im umožňuje realizovať výskum v klinických podmienkach (Vörösová, 2007, s. 9). S ošetrovateľským procesom a jeho jednotlivými fázami úzko súvisia a môžu byť v nich aplikované klasifikačné systémy ošetrovateľstva. V rámci posudzovania a diagnostiky možno využiť klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA I), vo fáze plánovania a vyhodnotenia na určenie ošetrovateľských činností, stanovenie cieľov a výsledných kritérií poslúžia klasifikačné systémy ošetrovateľských činností NIC (Nursing Interventions Clasification) a ošetrovateľských výsledkov NOC (Nursing Outcomes Clasification) (Tomagová, Bóriková a kol., 2008, s. 35).

1. krok: Posudzovanie *anamnestických údajov, formulácia ošetrovateľskej diagnózy*

Posudzovanie zahŕňa zber dát – subjektívnych a objektívnych údajov o pacientovi a ich validizáciu a stáva sa východiskom pre stanovenie ošetrovateľskej diagnózy. V prípade potenciálnej diagnózy, ako je Riziko pádu – 00155, kde je potreba potenciálne dysfunkčná, cielene hľadáme rizikové faktory, ktoré môžu prispieť k dysfunkcii. Marečková (2006, s. 226) rozdeľuje rizikové faktory nasledovne: 1. Rizikové faktory pre dospelých: (pády v anamnéze, používanie vozíka, vek nad 65 rokov, seniorský vek, častejšie ženy...). 2. Telesné rizikové faktory: (akútne ochorenia, pooperačné stavy, porucha zraku, sluchu, artritída, ortostatická hypotenzia...). 3. Kognitívne rizikové faktory: (oslabený mentálny stav (zmätenosť, delírium, demencia, porucha reálneho hodnotenia). 4. Farmakologické rizikové faktory: (antihypertenzíva, diuretiká, trojfázové antidepresíva, narkotiká, hypnotiká alebo tranquilizéry). 5. Rizikové faktory prostredia: (prekážky rôzneho typu, vplyvy počasia, neupevnené malé koberce, neusporiadané prostredie, neznáma alebo málo osvetlená miestnosť...).

Podľa NANDA I. (2009-2011) patrí táto ošetrovateľská diagnóza do 11. domény – Bezpečnosť - ochrana, triedy Telesné poškodenie, ako potenciálna ošetrovateľská diagnóza.

Je definovaná ako „stav so zvýšenou náchylnosťou k pádom, ktoré môžu byť príčinou poranenia“ (Herdman et al., 2009, s.300).

Na posúdenie rizík je možné použiť skrínigový test na určenie rizika pádu, v ktorom sa hodnotí pohyb, vyprázdňovanie, medikácie, zmyslové poruchy, mentálny stav, vek.

2. krok: Plánovanie cieľov, očakávaných výsledkov

Pri ošetrovateľskej diagnóze – Riziko pádu – 00155 sestra spolu s pacientom/klientom stanoví zvyčajne krátkodobý cieľ v znení: Klient si zníži riziko pádu do niekoľkých dní (5); alebo strednodobý cieľ v znení: Klient predíde pádu v priebehu hospitalizácie.

Vhodné výsledky z NOC v súčasnej klasifikácii sú zaradené podľa Moorhead et al. (2008, s. 346) nasledovne:

Priebeh: Bezpečné správanie: Prevencia pádu 1909

Doména IV.: Vedomosti o zdraví – zdravé správanie

Trieda T: Kontrola rizika a bezpečnosti

Hodnotiaca škála: Neprimerané až úplne primerané: (1 – neprimerané; 2 – slabo primerané; 3 – stredne primerané; 4 – dosť primerané; 5 – úplne primerané)

Definícia: Opatrenia osoby alebo poskytovateľa starostlivosti na minimalizovanie rizikových faktorov, na vylúčenie pádu.

3. krok Plánovanie ošetrovateľských činností

Pri ošetrovateľskej diagnóze - Riziko pádu – 00155 – sestra využíva činnosti, ktoré sú zamerané na zistenie a potlačenie prítomných rizikových faktorov.

Vhodné činnosti z NIC v súčasnej klasifikácii sú zaradené podľa Bulechek, G. et al. (2008, s. 342-343) nasledovne:

Intervencia – Prevencia pádu 6490

Doména IV: Bezpečnosť

Trieda: V – Manažment rizík

Definícia: Stanovenie špeciálnych bezpečnostných opatrení pre pacienta s rizikom pádu.

4. krok Realizácia ošetrovateľských činností

Uskutočňuje sa na základe vybraného súboru z klasifikačného systému NIC Prevencia pádu 6490. Je individuálna, jednotlivé ošetrovateľské činnosti sú aplikované podľa individuálnych osobitostí vyplývajúcich z prítomných rizikových faktorov a prostredia, v ktorom je starostlivosť aplikovaná.

5. krok Vyhodnotenie

Zhodnotenie dosiahnutia cieľov – eliminácia rizík pádu a neprítomnosť pádu podľa očakávaných výsledkov - Bezpečné správanie: prevencia pádu 1909.

Analýza riešenej problematiky

Ciele

1. Posúdiť existenciu rizika pádu u hospitalizovaných seniorov.

2. Validizovať ošetrovateľskú diagnózu „Riziko pádu – 00155“ u hospitalizovaných seniorov s použitím Skriningového testu na určenie rizika pádu (Tab. 1).
3. Aplikovať preventívne opatrenia vybraného súboru z klasifikačného systému ošetrovateľských činností NIC Prevencia pádu 6490 a zaznamenávať výsledky prevencie.
4. Zistiť, ktoré ošetrovateľské činnosti sú najčastejšie aplikované u pacientov s ošetrovateľskou diagnózou „Riziko pádu – 00155“.
5. Overiť účinnosť vybraného klasifikačného súboru ošetrovateľských činností NIC Prevencia pádu 6490 prostredníctvom vybraného klasifikačného súboru ošetrovateľských výsledkov NOC Bezpečné správanie: prevencia pádu 1909.

Hypotézy

H 1 Predpokladáme, že použitie Skriningového testu na určenie rizika pádu má vplyv na stanovenie ošetrovateľskej diagnózy „Riziko pádu – 00155“.

H 2 Predpokladáme, že použitím vybraného súboru z klasifikačného systému NIC sa práca sestier zefektívni, klient predíde úrazu.

Súbor a metódy

Prieskum sme realizovali vo Fakultnej nemocnici Nitra na Doliečovacom oddelení. Prieskumný súbor tvorilo $n = 50$ pacientov, z celkového počtu sme vyradili 10 respondentov, pretože sa u nich nepotvrdilo riziko pádu. Konečnú prieskumnú vzorku tvorilo $n = 40$ respondentov. Použili sme zámerný výber.

Kritériá výberu:

1. Demografické údaje (vek 65 rokov a viac, pohlavie - muži, ženy).
2. Minimálny čas hospitalizácie 5 dní.
3. Potvrdenie rizika pádu u hospitalizovaných seniorov Skriningovým testom na určenie rizika pádu

Hlavnou metódou bol kváziexperiment, v rámci ktorého sme aplikovali vo výberovom súbore respondentov vybraný súbor z klasifikačných systémov NIC Prevencia pádu 6490. Pomocnými metódami boli pozorovanie a obsahová analýza zdravotnej dokumentácie, pomocou ktorých sme zisťovali rizikové faktory pádu a najviac používané ošetrovateľské činnosti zadefinované klasifikačným systémom NIC a sledovali efektívnosť aplikovaných ošetrovateľských činností vybraného súboru klasifikačných systémov NIC.

Výsledky

Prvá oblasť, ktorej sme venovali pozornosť, bolo sledovanie vplyvu použitia Skriningového testu na určenie rizika pádu, na stanovenie ošetrovateľskej diagnózy „Riziko pádu – 00155“. Výber výskumného súboru prebiehal aplikovaním Skriningového testu na určenie rizika pádu, pričom sme sa zamerali na vylúčenie hospitalizovaných pacientov s nezisteným rizikom pádu a získanie vzorky pacientov so zisteným rizikom pádu. Do tejto fázy sme zaradili hospitalizovaných geriatrických pacientov starších ako 65 rokov, v počte $n = 50$ respondentov. Vylúčili sme 10 geriatrických pacientov, ktorí nedosiahli vyššie bodové skóre

dosahujúce hodnotu 3 a získali sme konečný výskumný súbor $n = 40$ respondentov, ktorý spĺňal zaradovacie kritériá. Výskumnú vzorku tvorilo 14 mužov, (35 %) a 26 žien, (65 %). Následne sme zisťovali prítomnosť rizikových faktorov pre potvrdenie ošetrovateľskej diagnózy „Riziko pádu – 00155“, ktoré uvádza Marečková (2006, s. 225) a to aplikovaním Testu kognitívnych funkcií podľa Folsteina, Bartelovej testu základných činností a obsahovou analýzou zdravotnej dokumentácie respondentov. Zo zistení vyplynula existencia minimálne dvoch rizikových faktorov na $n = 1$ respondenta. Rizikové faktory sa vyskytovali u $n = 40$ respondentov podľa poradia početnosti – ochorenie ciev (92,5 %), poruchy zmyslov (80 %), farmakologické rizikové faktory (80%), obmedzená mobilita (77,5 %), kognitívne poruchy (67,5 %), používanie kompenzačných pomôcok (65 %), pády v anamnéze (47,5 %), ostatné boli zastúpené menej než 20 %.

Vzhľadom k tomu, že aplikácia Skríninového testu na určenie pádu, nám umožnila vytvoriť výberový súbor respondentov s ošetrovateľskou diagnózou „Riziko pádu 00155“, z ktorých každý mal zistené minimálne dva rizikové faktory, H1 pokladáme za potvrdenú.

Ako druhý krok analýzy dát predstavíme štatistickú deskripciu skúmaných kvantitatívnych premenných – ošetrovateľské intervencie, realizované vo výskumnej skupine. Táto časť predstavuje hlavné vstupy, bližšie špecifikuje konkrétne závislé a nezávislé intervencie sestry z hľadiska terapeutického vzťahu sestra – pacient. Predstavujeme početnosť ošetrovateľských činností „Prevencia pádu 6490“ v položkách NIC 1 až 53 vo výskumnej vzorke geriatrických pacientov. V Grafe 1 sú uvedené priemerné hodnoty (AM) zaznamenaných intervencií na $n = 1$ pacienta počas piatich dní hospitalizácie. Počas prieskumu sa zistilo, že neboli niektoré intervencie zrealizované z dôvodu materiálneho, technického a personálneho vybavenia oddelenia.

Tretia oblasť prieskumu zahŕňala posúdenie výsledkov činností osoby alebo poskytovateľa starostlivosti zameranej na minimalizovanie rizikových faktorov, na vylúčenie pádu. Ako ďalší krok prezentujeme ukazovatele ošetrovateľských výsledkov vybraného súboru NOC 1909 Prevencia pádu, aby sme zistili, či sa jeho použitím dosiahli požadované výsledky. Výsledky ošetrovateľských činností boli posudzované 5-stupňovou Likertovou škálou hodnotenia. Ukazovatele asistovali sestrám pri určovaní stavu pacienta na výsledkovej škále, ale neeliminovali potrebu úsudku. Porovnávame hodnoty namerané do 24 hodín od prijatia pacienta a hodnoty namerané na 5. deň hospitalizácie (Graf 2). V uvedených položkách sme na piaty deň hospitalizácie namerali vyššie hodnoty, čo svedčí o zlepšení správania respondentov a ošetrojúceho personálu vzhľadom k eliminovaniu rizikových faktorov pádu, čím klienti dosiahli plánovaný cieľ, t. j. znížili si riziko pádu a predišli pádu do konca hospitalizácie. Na základe uvedených skutočností H2 pokladáme za potvrdenú.

Diskusia, záver

V prvej časti výskumu sme aplikovali Skríninový test na určenie rizika pádu, prostredníctvom ktorého sme vytvorili výberový súbor $n = 40$ respondentov spĺňajúci zaradovacie kritériá. Následne sme zisťovali prítomnosť rizikových faktorov pre potvrdenie ošetrovateľskej diagnózy „Riziko pádu – 00155“, ktoré uvádza Marečková (2006, s. 225). Zo zistení vyplynula existencia minimálne dvoch rizikových faktorov na $n = 1$ respondenta.

Rizikové faktory sa vyskytovali u $n = 40$ respondentov podľa poradia početnosti – ochorenie ciev (92,5 %), poruchy zmyslov (80 %), farmakologické rizikové faktory (80 %), obmedzená mobilita (77,5 %), kognitívne poruchy (67,5 %), používanie kompenzačných pomôcok (65 %), pády v anamnéze (47,5 %). Venglářová (2007) vo svojej publikácii Problematické situácie v péči o seniory zaraďuje k najčastejším poruchám zvyšujúcich riziko pádu organické poruchy s príznakmi porúch kognitívnych funkcií, narušenú pohyblivosť, postihnutie chôdze alebo rovnováhy, inkontinenciu, liečbu s dopadom na rovnováhu, zmyslové deficity a vysoký vek.

V druhej časti prieskumu sme aplikovali preventívne opatrenia vybraného súboru z klasifikačného systému ošetrovateľských činností NIC Prevencia pádu 6490 v prieskumnej vzorke a zaznamenávali výsledky prevencie. Cieľom bolo zistiť, ktoré ošetrovateľské činnosti sú najčastejšie aplikované u pacientov s ošetrovateľskou diagnózou „Riziko pádu – 00155“. U všetkých respondentov boli použité činnosti zamerané na posúdenie mentálneho stavu pacienta a posúdenie rizík v prostredí (AM = 1,0 na $n = 1$), vzhľadom na identifikáciu rizikových faktorov pádu. Najčastejšími realizovanými činnosťami boli činnosti minimalizujúce riziká prostredia, uvádzame priemerné hodnoty na $n = 1$ respondenta: NIC – 29 (AM = 9,3) Odstráňte neporiadok z podlahy, NIC – 17 (AM = 6,85) Použite bočnice primeranej dĺžky a hmotnosti na prevenciu pádu z postele, ak je to potrebné, NIC – 8 (AM = 4,65) Nastavte zariadenia tak, aby ich pacient dosiahol. Použitie bočnice je pomerne častou činnosťou, ktorú sestry robia na zabránenie pádu, je však potrebné individuálne zvážiť jej prípadné ďalšie riziká. Ako hovorí profesor Krajčík (2009, s.5): *„Zábrana má zamedziť pádu, ale paradoxne, pád pri preliezaní bočnice je ešte nebezpečnejší, než keby tam zábrana vôbec nebola. Pacientovi sa zachytí noha, udrie sa... Zábrany by sa preto mali používať uvážene, opatrne, skôr výnimočne. Veľa sa o tom diskutuje napríklad v USA, kde sa každý rok nejaký pacient uškrtí, keď prelieza cez zábranu. Takýmto pacientom sa preto radšej odporúča znížiť posteľ na 40 cm od zeme – ak spadne z takejto výšky, nehrozí, že utrpí zlomeninu“*. Z činností, z ktorých vyplýva potreba asistencie pacientovi, aby predišiel úrazu, sa najviac použili nasledovné: NIC – 24 (AM = 6,75) Reagujte na znamenia okamžite, NIC – 8 (AM = 4,65) Nastavte zariadenia tak, aby ich pacient dosiahol, NIC – 4 (AM = 3,17) Asistujte pacientovi s neistou chôdzou. Zistili sme, že niektoré činnosti neboli realizované z dôvodu materiálneho a technického vybavenia oddelenia.

Účinnosť vybraného klasifikačného súboru ošetrovateľských činností NIC Prevencia pádu 6490 sme overovali prostredníctvom vybraného klasifikačného súboru NOC Bezpečné správanie: prevencia pádu 1909. Porovnali sme hodnoty namerané do 24 hodín od prijatia pacienta a hodnoty namerané na 5. deň hospitalizácie. Na piaty deň hospitalizácie sme namerali vyššie hodnoty, čo svedčí o zlepšení správania respondentov a ošetrojúceho personálu vzhľadom k eliminovaniu rizikových faktorov pádu, čím klienti dosiahli plánovaný cieľ, t. j. znížili si riziko pádu a predišli pádu do konca hospitalizácie.

Čo odporúčame

Na prvom mieste kladieme dôraz na využívanie teoretických poznatkov o rizikách pádu, úrazu u hospitalizovaných senioroch. Domnievame sa, že v zdravotníckych zariadeniach sa treba viac venovať prevencii pádu, ktorá je menej nákladná než následky pádov. Dôležité je

posúdiť riziko pádu aplikovaním Skriningového testu na určenie rizika pádu u všetkých hospitalizovaných pacientov nad 65 rokov. Vytvoriť efektívny ošetrovateľský manažment prevencie pádu použitím vybraných ošetrovateľských súborov NIC a NOC v našich zdravotníckych zariadeniach. Používať identifikačné pomôcky na jednoduché, rýchle rozpoznanie rizikového pacienta. Odporúčame zlepšiť spoluprácu a komunikáciu s rodinou pacienta, u ktorého sa zistilo riziko pádu.

Použitá literatúra

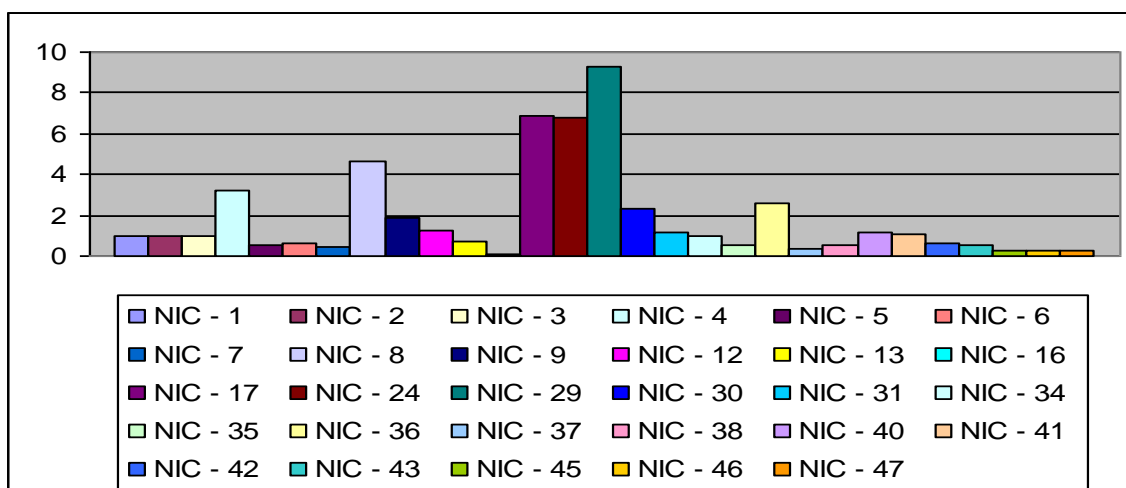
- [1] BULECHEK, G. M., BUTCHER, H. K., McCLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
- [2] HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava : Herba 2004. 298 s. ISBN 80-89171-06-0.
- [3] HERDMAN, T. H. et al. 2009. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2009 – 2010*. 8th ed. Philadelphia : NANDA International 2009. 343 p. ISBN 978-0-9788924-0-1.
- [4] KRAJČÍK, Š. 2009. Sestry a riziko pádu pacienta. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. 8, č. 7-8, s. 4-5.
- [5] MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [6] MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M. L., SWANSON, E. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed. Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.
- [7] TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2008. 197 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [8] VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 215 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [9] VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
- [10] ZRUBCOVÁ, D., SCHMIDTOVÁ, Z. 2009. *Podpora duševného zdravia u seniorov s deficitom sebaopatery*. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2009, roč.11, č. 1, s. 160 - 163.

Kontaktná adresa

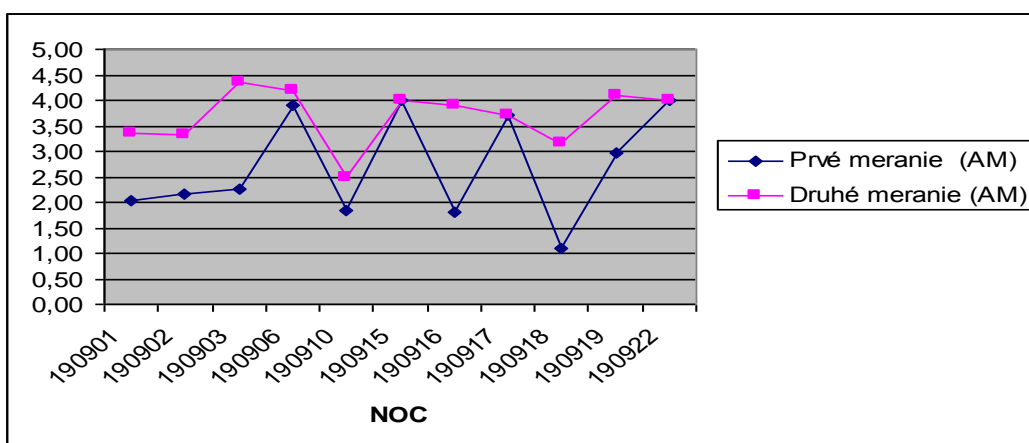
Ľubica Poledníková, PhDr. PhD.
Ružová, 101
949 01 Nitra
e-mail: lpolednikova@ukf.sk

Alica Slamková, PhDr. PhD.
Krasková 1
949 74 Nitra
e-mail: aslamkova@ukf.sk

Graf 1 Priemerné hodnoty (AM) zaznamenaných intervencií na n = 1 pacienta



Graf 2 Vývoj výsledkov meraní závislej premennej NOC 1909 Prevencia pádu



Tab. 1: Skriningový test na určenie rizika pádu

Aktivita		Skóre
Pohyb	neobmedzený	0
	používa pomôcky	1
	nepotrebuje pomoc k pohybu	1
	neschopný presunu	1
Vyprázdňovanie	nepotrebuje pomoc	0
	história nyktúrie/inkontinencie	1
	potrebuje pomoc	1
Medikácie	neužíva rizikové lieky	0
	užíva lieky – diuretiká, antikonvulzíva, antiparkinsonyká, antihypertenzíva, psychotropné lieky alebo benzodiazepíny	1

Zmyslové poruchy	nijaké	0
	zrakové, sluchové, zmyslový deficit	1
Mentálny stav	orientovaný	0
	občasná/nočná dezorientácia	1
	história dezorientácie/demencie	1
Vek	18 - 75 rokov	0
	75 a viac rokov	1
	Celkové skóre	

Zdroj: POLEDÍKOVÁ, Ľ. et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2006.

ŠTANDARDIZÁCIA POUŽITIA AROMATERAPIE NA PÔRODNEJ SÁLE

Adriana Repková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v Bratislave

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou aromaterapie (AT) pri pôrode. Popisuje éterické oleje, podporujúce kontrakčnú činnosť, ale aj oleje s harmonizujúcim a skludňujúcim účinkom. Ťažiskom príspevku je prezentácia štandardu a auditu aromaterapie, podľa ktorého autorka odporúča postupovať pri poskytovaní AT na pôrodnej sále.

Kľúčové slová

Aromaterapia, éterické oleje, spôsoby aplikácie, pôrodná asistentka, pôrod, informovanosť.

STANDARDIZATION OF USE AROMATHERAPY IN THE DELIVERY ROOM

Abstract

The paper deals with aromatherapy (AT) at birth. Describes the essential oils, supporting contraction activity, but also oil with harmonizing effect. The focus of the paper is the presentation of standards and auditing of aromatherapy, the author recommends to practice the AT in the delivery room in accordance of this audit.

Key words

Aromatherapy, essential oils, application method, midwife, delivery, information.

Úvod

Aromaterapia je jedným z najstarších spôsobov využitia prírodných síl s cieľom liečiť. Pri pôrode sa dá efektívne využiť pre podporu kontrakčnej činnosti, aj na uvoľnenie psychického napätia rodičky (Chvojková, 2008). Pri pôrode sa zvyšuje riziko poškodenia nezrelého mozgu a iných orgánov nedostatkom kyslíka alebo poranením (Ištoňová, Žiaková, 2008). Uvoľnenie psychického napätia rodičky predstavuje bezprostredný benefit aj pre plod. Medzi efektívne možnosti eliminácie stresu pri pôrode patrí emocionálna príprava matky na pôrod tak, aby príchod dieťaťa očakávala v radosť, bola pokojná a istá si sama sebou (že vie, čo bude nasledovať, a ona to zvládne a využitie alternatívnych metódy tlmenia pôrodnej bolesti, (Padyšáková, 2009).

Analýza problematiky

Podľa Stadelmannovej a Zrubeckej medzi oleje **navodzujúce kontrakčnú činnosť** patria (pre úplnosť uvádzame celé spektrum ich účinkov):

- verbena - znižuje emocionálne napätie, pomáha koncentrovať sa na pôrod, zlepšuje spoluprácu rodičky pri pôrode,
- klinček – prehrieva, má analgetický, antiseptický a dezinfekčný účinok,
- zázvor – posilňuje organizmus pri pocitoch slabosti a chladu, má afrodisiakálne a antidepresívne účinky, posilňuje vôľu, dodáva sebaistotu,
- **škoricca – stimuluje, silne prehrieva, má antidepresívne účinky, používať v nízkych koncentráciách.**

K olejom **harmonizujúcim rodičku** a vytvárajúcim pozitívne emocionálne prostredie patria esencie z:

- **neroly (pomarančový kvet) – podporuje uvoľnenie, eliminuje pocity zmätku, úzkosti**
- **jazmínu – uvoľňuje emocionálne napätie, dodáva optimizmus a sebadôveru,**
- rímskeho harmančeka – analgetický účinok pri veľmi bolestivo pociťovaných kontrakciách,
- levandule – odstraňuje úzkosť a nervové vypätie,
- muškátovej šalvie – pomáha rodičke vyrovnávať sa s pôrodnou bolesťou, podporuje vylučovanie endorfínov, má spazmolytický účinok,
- ruže - obnovuje psychickú rovnováhu, odstraňuje úzkosť
- ylang-ylang – uvoľňuje napätie, odstraňuje emocionálne zábrany (Stadelmanová,2009, Zrubecká, 2008).

Uvedené oleje sa dajú použiť ako prísada do kúpeľa, na masáž bruška a krížov, na inhaláciu, do aromalampy.

Štandard - Aromaterapia pri pôrode

Číslo štandardu:		dátum zavedenia štandardu
Téma štandardu: Nefarmakologické tlmenie pôrodnej bolesti		dátum kontroly:
Podtéma: aromaterapia		
Skupina starostlivosti: fyziologické rodičky		podpis manažéra:
Oddelenie: pôrodná sála		podpis vedúcej PA
Vyjadrenie štandardu: použiť aromaterapiu na zmiernenie pôrodnej bolesti, zvýšenie efektivity kontrakčnej činnosti, relaxáciu a harmonizáciu psychického stavu rodičky		
KRITÉRIUM ŠTRUKTÚRY		
Š1	Pracovníci:	pôrodná asistentka s vedomosťami a zručnosťami o aromaterapii pri pôrode
Š2	Fyzické prostredie:	izba pre I.DP, pôrodný box, kúpeľňa
Š3	Pomôcky:	aromalampa, gáza (buničitá vata), éterické oleje, olivový olej (iný za studena lisovaný olej), soľ z Mŕtveho mora, kahance do aromalampy,
Š4	Dokumentácia:	pôrodopis, dokumentácia pôrodnej asistentky

KRITÉRIUM PROCESU	
P1	PA zistí alergickú anamnézu u rodičky a vyšetrí stav kože, posúdi dýchanie – fenciu, vedľajšie fenomény
P2	PA poučí rodičku a partnera o účinkoch (žiadúcich, nežiadúcich), kontraindikáciách, a spôsoboch aplikácie aromaterapie
P3	PA pripraví pomôcky –aromalampa, gáza, éterické oleje, nosič - olej na masáž podľa aktuálneho stavu rodičky
P4	PA ponúkne rodičke skupinu olejov vhodných pre jej stav
P5	Rodička si nepriamym „privoňaním“ ku fľaštičke vyberie vhodný olej (taký, ktorý jej „vonia“)
P6	PA aplikuje aromatický olej podľa stavu rodičky a jej osobného výberu najvhodnejším spôsobom (aromalampa, gáza, olej na masáž)
P7	PA zaznamená použitie aromaterapie do dokumentácie
P8	PA monitoruje stav rodičky – kontrakcie, ich bolestivosť, OP, psychický stav, toleranciu vône á 15 min.
P9	PA monitoruje prípadný výskyt alergie (kožné vyrážky, dusenie, kašeľ, bolesť hlavy a iné)
P9 /1	(PA pri výskyte nežiadúcich účinkov aromaterapiu preruší, vyvetrá pôrodnú sálu, urobí záznam do dokumentácie
P9 /2	PA pri výskyte inhalačnej alergie (sťažené dýchanie, dusenie, kašeľ) aromaterapiu okamžite preruší, vyvetrá miestnosť, informuje lekára, nepretržite sleduje stav rodičky)
P9 /3	PA pri výskyte kožnej alergie pri masáži éterickým olejom doporučí žene umyť postihnuté miesto neдрáždivým mydlom a opláchnuť čistou vodou, PA monitoruje stav kože a 30 min, informuje lekára)
P10	PA po prevoze rodičky pomôcky umyje, použité jednorázové pomôcky odloží do uzatvorených vrecúšok a vyhodí, oleje dobre uzatvorí a odloží do chladničky
KRITÉRIUM VÝSLEDKU	
V1	Rodička nemá pozit. alergickú anamnézu, ani chorobné zmeny na koži, frekvencia dychu 16-20 min., bez kašľa a vedľajších fenoménov
V2	Rodička pozná žiaduce a nežiaduce účinky aromaterapie, na požiadanie ich vymenuje
V3	Všetky pomôcky na aromaterapiu sú funkčné, pripravené na použitie
V4-5	Rodička si vybrala vhodný olej, verbalizuje spokojnosť s použitou vôňou (olej jej vonia)
V6	Rodička verbalizuje spokojnosť s použitím aromaterapie a udáva zmiernenie pociťovania bolesti pri kontrakciách
V7	V dokumentácii rodičky je zaznamenané použitie aromaterapie – čas, posúdenie dychu, kože, druh éterického oleja, spôsob jeho aplikácie, efekt rodičky, podpis PA
V8	Ozvy plodu sú vo fyziologickom rozpätí, intenzita a frekvencia kontrakcií sa dynamicky zvyšuje, rodička udáva vyššiu toleranciu bolesti pri kontrakciách
V9	U rodičky sa neobjaví nástup nežiadúcich účinkov aromaterapie
V10	Po ukončení aromaterapie sú pomôcky čisté, jednorázové pomôcky sú odhodené v uzatvorených obaloch, éterické oleje sú uložené v spodnej časti chladničky

Audit pôrodnej asistencie - aromaterapia pri pôrode

Číslo štandardu:		dátum auditu:		
Téma štandardu: Nefarmakologické tlmenie pôrodnej bolesti		podpis audítora:		
Podtéma: aromaterapia				
Skupina starostlivosti: fyziologické rodičky		podpis vrchnej sestry:		
Oddelenie: pôrodná sála		podpis manažéra:		
Kód	Kontrolné kritériá	Metóda hodnotenia	áno/ body	nie/ body
Š1	Má PA dostatok vedomostí o aromaterapii?	otázka pre vrchnú sestru	1	0
Š2	Realizovala sa aromaterapia v určenej miestnosti?	kontrola miestnosti	1	0
Š3	Má PA k dispozícii potrebné pomôcky?	kontrola pomôcok	1	0
Š4	Má PA k dispozícii dokumentáciu rodičky?	kontrola dokumentácie	1	0
P1	Zistila PA alergickú anamnézu rodičky? Posúdila stav kože, úroveň dýchania?	pozorovanie PA pri činnosti	1	0
P2	Má rodička a jej partner dostatok vedomostí o aromaterapii a jej účinkoch pri pôrode?	otázka pre rodičku a jej partnera	1	0
P3	Pripravila PA všetky pomôcky potrebné na aromaterapeutické pôsobenie u rodičky?	pozorovanie PA pri činnosti kontrola pomôcok	1	0
P4	Ponúkla PA rodičke skupinu olejov na výber vhodného oleja?	pozorovanie PA pri činnosti	1	0
P5	Vybrala si rodička správnym spôsobom vhodný olej?	pozorovanie rodičky pri výbere oleja	1	0
P6	Aplikuje PA správny olej vhodným spôsobom podľa individuálneho stavu rodičky?	pozorovanie PA pri činnosti	1	0
P7	Zaznamenala PA použitie aromaterapie do dokumentácie?	kontrola dokumentácie	1	0
P8	Sledoval PA stav rodičky v určených intervaloch	pozorovanie PA pri činnosti kontrola dokumentácie	1	0
P9	Kontrovala PA výskyt prípadnej alergie?	pozorovanie PA pri činnosti	1	0

P9/ 1-3	Postupovala PA pri výskyte alergie podľa predpísaného štandardu?	pozorovanie PA pri činnosti kontrola dokumentácie	1	0
P10	Sú pomôcky očistené, správne odložené, jednorázové použité pomôcky správne zlikvidované?	pozorovanie PA pri činnosti	1	0
V1	Vie PA zistiť alergickú anamnézu, posúdiť dýchanie, stav kože?	otázka pre PA	1	0
V2	Vie rodička vymenovať účinky (žiadúce, nežiadúce) aromaterapie?	otázka pre rodičku	1	0
V3	Vie PA pripraviť a správne použiť pomôcky na aromaterapiu?	otázka pre PA pozorovanie PA pri činnosti	1	0
V4-6	Je rodička spokojná s použitím aromaterapie? Verbalizuje úľavu od bolesti, je relaxovaná?	otázka pre rodičku pozorovanie rodičky	1	0
V7	Je použitie aromaterapie správne zadokumentované podľa pokynov štandardu?	kontrola dokumentácie	1	0
V8	Sú OP vo fyziologickom rozpätí, pôrodná činnosť sa rozvíja?	kontrola dokumentácie posúdenie CTG záznamu	1	0
V9	Objavili sa u rodičky nežiadúce účinky aromaterapie? Pri ich výskyte postupovala PA podľa štandardu?	otázka pre rodičku kontrola dokumentácie pozorovanie PA pri činnosti	1	0
V10	Sú použité jednorázové pomôcky správne zlikvidované, očistené, odložené?	kontrola pomôcok pozorovanie PA pri činnosti	1	0

Vyhodnotenie auditu:

Štandard je splnený pri dosiahnutí 24 bodov =100%

Štandard je čiastočne splnený pri dosiahnutí 22 bodov = 90%

Štandard je nesplnený pri dosiahnutí 21 bodov a menej

Záver

AT je liečebnou metódou, ktorá má presné indikácie a môže mať aj nežiaduce účinky. Pri jej aplikácii odporúčame postupovať podľa uvedeného štandardu. Použitie AT zvyšuje kvalitu poskytovanej starostlivosti. Kvalita zdravotnej starostlivosti sa stále viac dostáva do popredia záujmu nielen verejnosti, ale aj zdravotníckych pracovníkov (Tomková, I., Kubicová, E.,

Musilová, E, 2008). Povolanie pôrodných asistentiek a sestier má mandát na upokojovanie potrieb týkajúcich sa komplexu zdravotnej starostlivosti. (Kristová,J., Musilová, E., 2009)

Kvalita poskytovanej starostlivosti v pôrodnej asistencii sa hodnotí podľa indikátorov kvality pre pôrodnú asistenciu, ktoré sú zamerané na počet popôrodných komplikácií po fyziologických pôdoch vedených pôrodnou asistentkou, kontinuitu starostlivosti v pôrodnej asistencii, spokojnosť ženy (Kopáčiková, 2008).

Použitá literatúra

- [1] CHVOJKOVÁ, V. 2006. Provoňte porodnice. In *Porodní asistence*. ISSN 1801-5808, 2006, roč. 2, č. 2, s. 18 -19.
- [2] IŠTOŇOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, E. 2008. Význam kinezioterapie u prenatúrnych novorodencov z pohľadu fyzioterapeuta In *Molisa 5: medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. ISBN 978-80-8068-882-0, 2008, s. 67-72.
- [3] KOPÁČIKOVÁ, M. 2008. Prenatálna starostlivosť z pohľadu tehotných žien. In *Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie Ružomerské zdravotnícke dni v Ružomberku „Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva“*. Ružomberok, 2008. ISBN 978-80-8084-407-3, s. 68-72.
- [4] KOPÁČIKOVÁ, M. 2009. Informovanosť tehotných žien v prenatálnej starostlivosti. In: *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336 – 56062, 2009, s. 50 -52.
- [5] PADYŠÁKOVÁ, H. 2009. Pôrod z pohľadu novorodenca. In: *Zborník z medzinárodnej konferencie „Pohledy na porod“*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. ISBN 978-80-7318-827-6
- [6] TOMKOVÁ, I., KUBICOVÁ, Ľ., MUSILOVÁ, E. 2008. Mapy starostlivosti ako nástroj zabezpečenia kvality zdravotnej starostlivosti. In *Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie „Sestry a Európske stratégie zdravia v 21. storočí“*. Bratislava: SZU, 2008. ISBN 978-80-89352-09-8, s. 141-145.
- [7] Kristová, J., Musilová, E. 2009. Dimenzionální koncept sesterského povolání. In *Sestra (ČR)*. ISSN 1210-0404, 2009. č. 10, s. 14-15
- [8] ZRUBECKÁ, A., AŠENBRENEROVÁ, I. 2008. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2008. 348 s. ISBN : 978-80-204-1938-5.
- [9] STADELMANN, I. 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press. 2009. 514 s. ISBN 978-86356-50-1.

Adresa autora

doc. PhDr. Adriana Repková, PhD.

FOaZOŠ SZU

Limbova 14

830 03 Bratislava

e-mail: adriana.repkoval@szu.sk

EXISTUJE VZŤAH MEDZI OBAVAMI Z NEPRÍJEMNÝCH ZÁŽITKOV A DEMOGRAFICKÝMI ÚDAJMI U PACIENTOV PRED ANESTÉZIOU?

Zuzana Rybárová

Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti, FOaZOŠ, SZU Bratislava

Abstrakt

Vo výskume sme sa zamerali na obavy z nepríjemných zážitkov pred anestéziou. Sledovali sme vzťah obáv z nepríjemných zážitkov k demografickým údajom. Na zistenie údajov sme použili štruktúrovaný dotazník. Respondentskú vzorku tvorilo 212 pacientov pred anestéziou. Naše výsledky potvrdzujú vzťahy obáv z nepríjemných zážitkov k demografickým údajom. Na základe výsledkov výskumu odporúčame zefektívniť edukáciu pacienta v rámci predoperačnej prípravy, zabezpečiť vhodnú komunikáciu medzi sestrou a pacientom, zabezpečiť individuálny prístup k pacientovi, sprostredkovať sestram dostatočné množstvo poznatkov zo psychológie so zameraním na vývinové zmeny osobnosti a psychologickú problematiku chorého človeka.

Kľúčové slová

Anestézia. Pacient. Obavy z nepríjemných zážitkov. Demografické údaje.

Abstract

In research, we focused on concerns of unpleasant before anesthesia. We followed relationship between concerns of unpleasant experiences and demographic data. To find the data we used a structured questionnaire. Respondent sample consisted of 212 patients before anesthesia. Our results confirm the relationship of fear of undesirable experiences to demographic data. Based on research results we suggest more effective education of patient in the preoperative preparation, to ensure appropriate communication between nurse and patient, to ensure an individual approach to the patient, to convey enough knowledge of psychology to nurses with a focus on developmental changes in personality and psychological problems of a sick man.

Key words

Anesthesia. Patient. Concerns of unpleasant. Demographic data.

ÚVOD

V posledných rokoch sa zaznamenal v oblasti anestézie, pooperačnej starostlivosti a aplikovaných a používaných metódach veľký pokrok. Anestéziológia je odbor s najviac vyznačenou a potrebnou tímovou prácou. Charakterizuje ju úzka spolupráca anestéziológov, chirurgov, anestéziologických sestier, inštrumentárok a sestier pri lôžku pacienta.

Hoci pacient zotrúva v anestézii len krátke časové obdobie, aj toto prináša so sebou rôzne komplikácie a riziká. Anestézia si preto od anestéziologickej sestry vyžaduje dlhodobú koncentráciu, zvýšenú vnímavosť, pozornosť, predvídavosť, rýchlu a správnu reakciu pri celom operačnom výkone, technickú zručnosť, teoretické vedomosti, ale aj dokonale sebaovládanie. Úlohou moderného ošetrovateľstva je poskytovať kvalitnú, vysoko humánnu a vedecky fundovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Autorka Tereková (2011, s. 10-15) v svojej publikácii uvádza, že stres: „*vplýva na kvalitu života pacientov, na uspokojovanie jeho potrieb v oblasti biologickej, psychickej a sociálnej.*“ Znalosť sestry o obavách pacientov pred anestéziou zvyšuje kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a prispieva pacientovi k lepšiemu prežívaniu anestézie. K zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti prispieva sestra taktiež tým, že je súčasťou dobre fungujúceho pracovného tímu, tak ako popisuje v svojej práci o záchranároch Urbanová (2010), kde kladie dôraz práve na to, že veľkú oporu pre pacienta v dobre fungujúcom tíme má záchranár, a aby bol skutočne oporou je potrebné, aby bola dobre zvládnutá organizácia práce.

Východiská riešenej problematiky

Riziká a nebezpečenstvá anestézie môže ovplyvniť správna ošetrovateľská starostlivosť, ktorá musí byť poskytovaná nepretržite v celom perianestetickom období. Pre dosiahnutie určitej kvality ošetrovateľskej starostlivosti môže byť zistenie pacientových preferencií a potrieb veľmi významné. Dôležitá je komunikácia s pacientom, spätná väzba, systémové zisťovanie pacientovho pohľadu na úroveň predanestetického prípravu.

Vzhľadom k skúmanej téme sme ako **predmet** výskumu stanovili, **výskyt obáv z nepríjemných zážitkov u pacienta pred anestéziou.**

Hlavný cieľ

Zistiť aké obavy majú pacienti pred anestéziou.

Čiastkové ciele výskumu:

1. Zmapovať obavy pacientov z nepríjemných zážitkov bezprostredne pred anestéziou a zistiť ich vzťah k demografickým údajom
2. Navrhnuť formy a spôsoby prevencie zistených nedostatkov v perianestetickojej starostlivosti.

Hypotézy výskumu

Z teoretických prameňov a ukazovateľov orientovaných na vedecko-výskumné práce v oblasti výskyt obáv z nepríjemných zážitkov u pacienta pred anestéziou vyplynuli východiská pre tvorbu predpokladov výskumu.

1. Predpokladáme, že obavy z nepríjemných zážitkov pred anestéziou sú závislé od veku, pohlavia, rodinného stavu, vzdelania a typu anestézie.

Na zistenie relevantných údajov o predanestetickojej príprave pacienta a jeho skúsenostiach s anestéziou sme použili **dotazníkovú metódu**. Dotazník bol zadávaný pacientom pred anestéziou po vyšetrení v anestéziologickej ambulancii a bol zameraný na hodnotenie prípravy pacienta pred anestéziou. Základný súbor tvorili pacienti s indikovaným operačným

zákonom v jednotlivých chirurgických odboroch – brušná chirurgia, úrazová chirurgia, neurochirurgia, gynekológia- pôrodnica, urológia počas jedného kalendárneho mesiaca. Respondenti boli do výskumu vybraní zámerné na základe určujúcich kritérií. Výskumnú vzorku tvorilo 212 pacientov. Za kľúčové zaraďujúce kritéria sme si určili pacientov ktorí sú pred anestetickým výkonom a pacientov ktorí absolvovali anestéziologické vyšetrenie.

Na spracovanie a interpretáciu získaných výsledkov sme vypočítali jednoduché frekvencie, percentuálne vyhodnotenie súboru podľa zoskupenia jednotlivých odpovedí. Pri vyhodnocovaní škálových položiek sme zisťovali aritmetický priemer, medián, modus. Štatistickú významnosť jednotlivých oblastí sme testovali pomocou t-testu. Štatisticky významné rozdiely sú ak je hladina $p < 0,05$.

Na štatistické vyhodnotenie sme použili neparametrické testy a to vzhľadom na to, že hodnoty neboli normálne rozdelené. Na porovnanie dvoch súborov sme využili MANN-WHITNEY test a pri porovnávaní viacerých skupín KRUSKALL-WALLIS test. Všetky testy boli spracovávané v štatistickom softvéri SPSS 16.0.

Výsledky výskumu

V hypotéze sme predpokladali, že obavy z nepríjemných zážitkov pred anestéziou sú závislé od veku, pohlavia, rodinného stavu, vzdelania a typu anestézie.

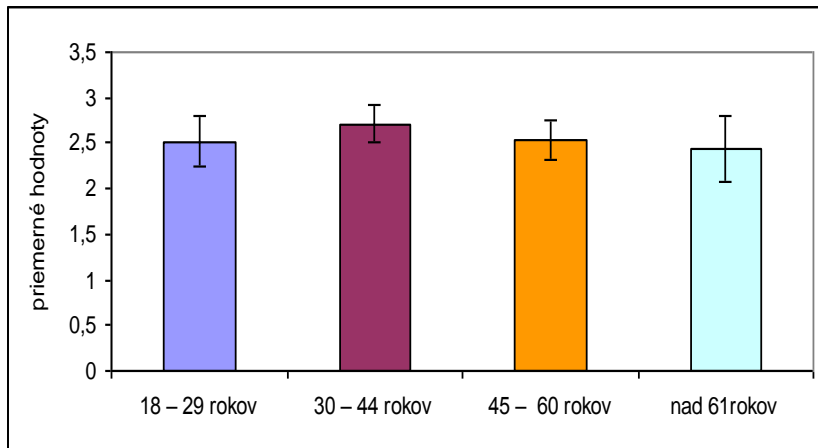
Súborom týchto otázok sme zisťovali vzťah medzi obavami z nepríjemných zážitkov počas anestézie a vekom, vzťah medzi obavami z nepríjemných zážitkov počas anestézie a pohlavím, vzťah medzi obavami z nepríjemných zážitkov počas anestézie a rodinným stavom, vzťah medzi obavami z nepríjemných zážitkov počas anestézie a vzdelaním a vzťah medzi obavami z nepríjemných zážitkov počas anestézie a typom anestézie.

Medzi nepríjemné zážitky, s ktorých pacienti môžu mať obavy sme zaradili obavu pacientov, že budú mať silné bolesti po operácii, strach z neprebudenia sa z narkózy, strach z vlastného operačného výkonu, strach z prebudenia sa počas anestézie, strach z nevoľnosti na zvracanie a zvracania, strach zo straty hybnosti, zo straty citlivosti, cítenia bolesti počas anestézie, že sa operácia začne skôr než pacient zaspia a budú mať silné bolesti, z pocitu byť pri vedomí a všetko počuť a strach z prezradenia tajomstva v priebehu anestézie.

Hodnotili sme celkovú intenzitu obáv, ktorých výsledky udávame v tabuľkách a grafoch, ale aj vzťahy medzi intenzitou jednotlivých obáv z nepríjemných zážitkov počas anestézie. Vzťahy jednotlivých obáv a demografických údajov nie sú zadávané v tabuľkách a grafoch, ale štatisticky významné hodnoty popisujeme v texte.

Vek sme si rozdelili na základe poznatkov z ontogenetickej psychológie podľa členenia vývinu človeka na obdobia v ktorých sú určité spoločné a typické prejavy správania. Tieto obdobia sú oddelené medzníkmi a my sme zaradili respondentov do kategórií vo veku 18 – 29 rokov (mladšia dospelosť), 30 – 44 rokov (stredná dospelosť), 45 - 60 rokov (staršia dospelosť) a na vek väčší ako 61 rokov (starobu) (Súkromná pedagogická a sociálna akadémia). Predpokladali sme, že na základe vývinu osobnosti nastávajú zmeny v obavách z nepríjemných zážitkov počas anestézie.

V oblasti veku sme očakávali, že vekovo staršie osoby budú dosahovať nižšie priemerné hodnoty obáv z nepríjemných zážitkov počas anestézie. Náš predpoklad vychádzal z ontogenetických charakteristík, ktoré sprevádzajú starší dospelý vek.



Graf 1 Závislosť obáv z nepríjemných zážitkov a veku

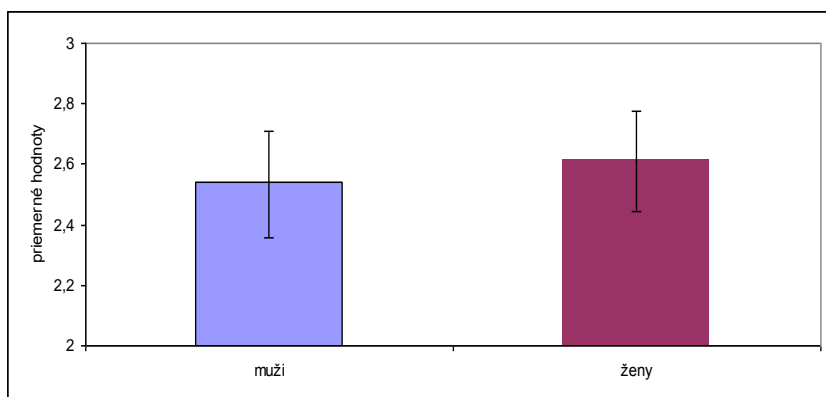
V grafickom znázornení výsledkov (graf 1) môžeme pozorovať intenzitu z obáv z nepríjemných zážitkov počas anestézie v rôznych vekových kategóriách. Ako sme predpokladali, najnižšie priemerné hodnoty, nie však veľmi štatisticky významné, dosiahla kategória respondentov vo veku nad 61 rokov – 2,43. Ako popisuje Kern, Mehlová a Nolz (2006), následkom väčšej stability danej veľkými životnými skúsenosťami je starší človek schopný dosiahnuť suverenitu v uvažovaní a v zvládaní mnohých životných problémov - „múdrosť staroby“.

Odpovede respondentov v ostatných vekových kategóriách mali symetrickú tendenciu. Možno je to následkom toho, že dospelí ľudia sa líšia životnými podmienkami a rôznymi osudmi. U respondentov v mladšom dospelom veku, 18 – 29 rokov, dosiahol aritmetický priemer hodnotu 2,51. Priemerná hodnota odpovedí respondentov v strednom dospelom veku, respondenti vo veku 45 – 60 rokov, predstavovala hodnotu 2,53. Najväčší výskyt obáv z nepríjemných zážitkov sme zaznamenali v kategórii staršieho dospelého veku, kde priemerná hodnota dosiahla aritmetický priemer 2,71.

Na základe analýzy získaných údajov, kde boli obavy z nepríjemných zážitkov hodnotené ako celok, nebola zaznamenaná žiadna štatistická významnosť ($p = 0,478$).

Pri hodnotení vzťahu jednotlivých obáv z nepríjemných zážitkov a veku sme zaznamenali štatistický význam v obave, že sa operácia začne skôr než zaspia a pacienti budú mať silné bolesti ($p = 0,044$). Čím mali respondenti nižší vek, tým mali väčšie obavy z tohto nepríjemného zážitku.

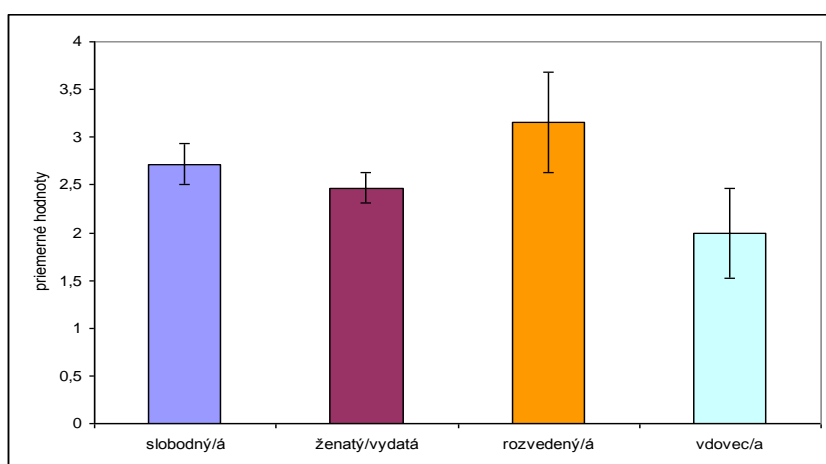
Ďalšou premennou, ktorej vzťah k obavám z nepríjemných zážitkov sme testovali bolo pohlavie respondentov. Pohlavie je biologický znak, ktorý poznamená naše seba pojatie. Preto sme očakávali rozdielne prežívanie nepríjemných zážitkov u mužov a žien.



Graf 2 Závislosť obáv z nepríjemných zážitkov a pohlavia

Pri analýze výsledkov (pri hodnotení nepríjemných zážitkov ako celku) sme nezistili štatistickú významnosť medzi dvomi premennými – pohlavím a obavami z nepríjemných zážitkov. Štatistickú významnosť sme však zaznamenali pri hodnotení jednotlivých položiek obáv z nepríjemných zážitkov a pohlavím. Na štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami a obavami z toho, že sa nepreberú z anestézy nám poukázala hodnota p , ktorej hodnota predstavovala (0,002). Z výsledku vyplýva, že väčšie obavy so spomínaného typu obáv prežívajú ženy.

Následnou premennou, ktorej vzťah sme testovali, bol rodinný stav respondentov. V tejto oblasti sme očakávali, že slobodní respondenti budú mať najmenšie obavy a rozvedení respondenti udajú najväčšie obavy z nepríjemných zážitkov. Hodnotením výsledkov vzťahu obáv z nepríjemných zážitkov ako celku a rodinného stavu sme zistili štatistickú významnosť na základe výsledku p hodnoty ($p = 0,008$).

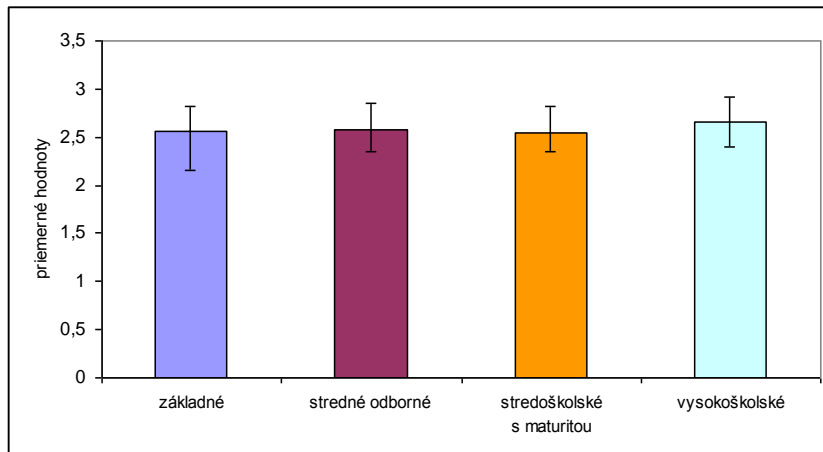


Graf 3 Závislosť obáv z nepríjemných zážitkov a rodinného stavu

Štatistickú významnosť sme zistili pri vyhodnocovaní vzťahu jednotlivých položiek obáv z nepríjemných zážitkov a rodinným stavom. Najväčšiu signifikantnosť sme zaznamenali pri obavách z nevoľnosti na zvracanie a zvracania ($p = 0,013$). Následne štatisticky významné boli taktiež obavy z cítenia bolesti ($p = 0,015$), obavy z prebudenia sa počas anestézie a z obavy že sa operácia začne skôr než zaspia a budú cítiť bolesť počas anestézie ($p = 0,022$),

obavy z vlastného operačného výkonu ($p = 0,029$), obavy zo silných bolestí po anestézii, cítenia bolesti počas operácie ($p = 0,036$).

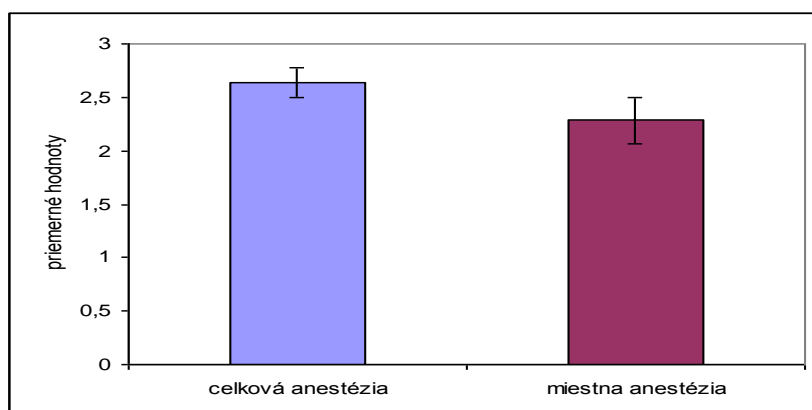
Ďalšie štatisticky významné vzťahy sme pozorovali medzi premennými - obavami z nepríjemných zážitkov a vzdelaním. Predpokladali sme, že intenzita obáv z nepríjemných zážitkov je závislá od vzdelania.



Graf 4 Závislosť obáv z nepríjemných zážitkov a vzdelania

Napriek našim očakávaniam sme pri vyhodnocovaní vzťahu obáv z nepríjemných zážitkov ako celku, k vzdelaniu nezistili štatistickú významnosť ($p = 0,906$). Štatistická signifikantnosť však bola potvrdená vo vzťahu k niektorým z jednotlivých obáv. Najsignifikantnejšiu závislosť sme odsledovali v obavách z vlastného operačného výkonu ($p = 0,001$), obavách zo straty hybnosti ($p = 0,000$) a straty citlivosti ($p = 0,000$). Čím nižšie vzdelanie pacienti mali, tým mali väčšie obavy z daných obáv z nepríjemných zážitkov.

Vzhľadom na rozdielnosť problémov, s ktorými sa pacienti môžu stretnúť buď počas celkovej alebo miestnej anestézie sme predpokladali, že zistíme štatistickú významnosť vo vzťahu medzi týmito premennými.



Graf 5 Závislosť obáv z nepríjemných zážitkov a typu anestézie

Pri štatistickom vyhodnocovaní nám hodnota nepoukázala na signifikantnosť. Pri vyhodnocovaní jednotlivých obáv z nepríjemných zážitkov sme dospeli k štatisticky

významným hodnotám pri obavách, že sa pacienti prebudia počas anestézie ($p = 0,000$), pri obavách, že sa neprebudia z narkózy ($p = 0,000$), obavách z nevoľnosti na zvracanie a samotného zvracania ($p = 0,000$), obavách, že pacienti prezradia tajomstvo počas anestézie ($p = 0,000$). Pri všetkých spomínaných obavách sme u pacientov zaznamenali vyššie hodnoty v celkovej anestézii. Ako si môžeme všimnúť, spomínané obavy sa týkajú celkovej anestézie a to svedčí o tom, že pacienti vedia, čo ich môže stretnúť v priebehu anestézie a preto majú obavy. Naopak vyššie hodnoty sme zaregistrovali pri regionálnej anestézii. Poukazovali na obavy zo straty hybnosti ($p = 0,002$) a straty citlivosti ($p = 0,000$), ktoré sprevádzajú regionálnu anestéziu.

Naša analýza odpovedí **čiastočne potvrdzuje** závislosť medzi obavami z nepríjemných zážitkov počas anestézie a demografickými údajmi.

Diskusia

Takmer každý pacient má pred anestéziou strach. Pacienti sú v rozličnej miere pripravení ako sebe, tak aj k ostatným tento strach pripustiť a hovoriť o ňom. Jecková-Tholeová, Hallbaumová, Pichlmayrová (1998, s. 150) 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“. Medzi najčastejšie vyskytované obavy naši respondenti zaradili strach zo silných bolestí po operácii.

Pokiaľ ide o vzťahy obáv z nepríjemných zážitkov a demografických premenných štatistickú významnosť sme porovnávali s prieskumom Schwarzovej (2011), ktorá zisťovala štatistickú významnosť medzi obavami pacienta a vekom, vzdelaním a typom anestézie. Jej výsledky poukázali len na štatistickú významnosť vzťahu obáv a vekom pacienta ($p < 0,001$). V našom výskume však nebola potvrdená štatistická významnosť pri hodnotení obáv ako celku, ale pri hodnotení jednotlivých typov obáv výsledky poukázali na štatistickú významnosť pri obavách, že sa operácia začne skôr než zaspia a pacienti budú mať silné bolesti ($p = 0,044$). Čím mali respondenti nižší vek, tým mali väčšie obavy z tohto nepríjemného zážitku.

Pri hodnotení výsledkov vzťahu obáv z nepríjemných zážitkov ako celku a rodinného stavu sme v našom výskume zistili štatistickú významnosť. Výsledky poukázali na to, že rozvedení pacienti mali najväčšie obavy z nepríjemných zážitkov.

Odporúčania pre prax

Zo zistení daných skutočností odporúčame v rámci predanestetickej prípravy pacienta sa zamerať na správnu edukáciu pacienta, zabezpečiť vhodnú komunikáciu medzi pacientom a zdravotníckym personálom, zabezpečiť individuálny prístup k pacientovi, sprostredkovať sestram dostatočné množstvo poznatkov zo psychológie so zameraním na vývinové zmeny osobnosti a psychologickú problematiku chorého človeka, zefektívniť kontinuálne školenia sestier, zlepšiť pracovnú motiváciu sestier.

Záver

Operačný výkon predstavuje pre pacienta veľkú psychickú záťaž a anestéziologická sestra je práve tá, ktorá sa v období pred operačným výkonom podieľa na predanestetickú prípravu pacienta, ktorej dôležitou časťou je psychologická príprava pacienta. Obavy pacienta v predoperačnom období sa vyskytujú takmer u každého pacienta. V najväčšej miere sa pacienti obávajú toho, že po anestézii budú pociťovať silné bolesti. Správna komunikácia s pacientom a informovanosť pomáhajú pri odbúravaní strachu a obáv. Pre pacienta je zmiernenie strachu a obáv podstatné.

Na základe našich poznání môžeme konštatovať, že je nesmierne potrebné pristupovať ku každému pacientovi individuálnym spôsobom. Úloha sestry spočíva v rešpektovaní, zachovaní pokoja, rozvahy, trpezlivosti, ako aj musí vedieť nadviazať individuálny osobný kontakt s každým pacientom a venovať dostatok pozornosti jeho sťažnostiam, prosbám a ťažkostiam. Kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť môže sestra dosiahnuť ak sa bude zameriavať taktiež na pacientove potreby, preferencie a očakávania. Ako zverejňuje Pavelová, Tomková (2011, s.186) by sestra mala vnímať pacienta: „...s jeho špecifickými telesnými, psychickými, sociálnymi a spirituálnymi potrebami ovplyvnenými prostredím a kultúrou“.

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] KASAL, E. a kol. 2006. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. Praha : Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, 2006. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
- [4] KERN, H. – MEHL, CH. – NOLZ, H. 2006. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2006. 287 s. ISBN 80-7367-121-2.
- [5] LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. Praha : Grada Publishing, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
- [6] PAVELOVÁ, L. - TOMKOVÁ, I. 2011. Ošetrovanie pri akútnych stavoch vo vnútornom lekárstve. In: *Vörösová G. a kol. : Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatel'stve : Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. - Martin : Osveta, 2011. - 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.
- [7] SCHWARZOVÁ, J. 2011. *Informovanost o anestézii z pohledu pacientů a anestéziologických sester*. Diplomová práca, 2011. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava.
- [8] Súkromná pedagogická a sociálna akadémia. Košice. *Charakteristika vývinovej psychológie, jej význam, predmet a metódy vývinovej psychológie*. [online]. [citované 29.06.2011]. Dostupné na internete: http://spark-ke.sk/files/2010-12-20-174238-2.ro_Psychologia_NH.pdf

- [9] TEREKOVÁ, V. 2011. Vplyv psoriázy na pacienta a jeho okolie. *In: Derma: medzinárodný interdisciplinárny časopis pre dermatovenerológiu a príbuzné odbory*. ISSN 1335-7360, 2011, roč. 11, č. 1., s. 10.
- [10] THOLE, S. et al . 1998. *Anesteziologie - Praktická príručka*. Martin : Osveta, 1998. 312 s. ISBN 80-88824- 82-6.
- [11] URBANOVÁ, A. 2010. *Zásady ochrany zdravia pri práci v ambulancii rýchlej zdravotnej pomoci: bakalárska práca*. Bratislava : VŠZ a SP sv. Alžbety, 2010. 50 s.

Kontaktná adresa

PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.

SZU Bratislava, Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti

Limbová 12

833 03 Bratislava

e-mail: zuzana.rybarova@szu.sk

AUTOMATICKÝ EXTERNÝ DEFIBRILÁTOR

Zuzana Rybárová

Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti, FOaZOŠ, SZU Bratislava

Abstrakt

Európska resuscitačná rada pre resuscitáciu (European Resuscitation Council, ERC) vydala odporúčania pre kardiopulmonálnu resuscitáciu 2010, ktorá zahŕňa aj postupy pre elektrickú liečbu. V príspevku uvádzame odporúčania pre defibriláciu s použitím automatických externých defibrilátorov (AED). Odborníci poukazujú na veľký význam používania AED v prednemocničnej starostlivosti. V odporúčaníach 2010 prišlo iba k minimálnym zmenám voči odporúčaniam z roku 2005. Všetci zdravotníci a laickí záchrancovia môžu používať AED v rámci základnej neodkladnej resuscitácie.

Kľúčové slová

Defibrilácia. Automatický externý defibrilátor. Laici. Zdravotníci.

AUTOMATIC EXTERNAL DEFIBRILLATOR

Abstract

European Resuscitation Council resuscitation (European Resuscitation Council, ERC) has issued recommendations for cardiopulmonary resuscitation 2010, which includes procedures for the electrical treatment. The paper puts forward recommendations for defibrillation using automated external defibrillator (AED). The experts mentioned the importance of AED use in prehospital care. The recommendations of 2010 came to only minimal changes to the recommendations of 2005. All medical and lay rescuers may use AEDs in the primary immediate resuscitation.

Key words

Defibrillation. Automatic external defibrillator. Laity. Healthcare professionals.

ÚVOD

Defibrilácia je definovaná ako prechod elektrického prúdu cez myokard v takej intenzite, ktorá vyvolá depolarizáciu svaloviny srdca, čo vytvára podmienky na obnovenie koordinovanej elektrickej aktivity. Defibrilácia je taktiež definovaná ako ukončenie fibrilácie, alebo presnejšie neprítomnosť komorovej fibrilácie a komorovej tachykardie po 5 sekundách od aplikácie výboja. Za konečný cieľ defibrilácie sa považuje obnovenie organizovaného rytmu a spontánneho obehu. Z technického hľadiska je súčasťou AED hlasová komunikácia AED so záchrancom. Významným pokrokom vo vývoji schopností defibrilátorov je zhodnotiť rytmus počas vykonávania KPR, pretože umožňuje záchrancom zhodnotiť rytmus bez prerušenia stláčania hrudníka.

V odporúčaniach 2010 sa zdôrazňuje význam včasnej defibrilácie s minimálnym časovým zdržaním. Schopnosť vykonať včasnú defibriláciu, ktorá je považovaná za jeden z najdôležitejších faktorov určujúcich prežítie po zastavení obehu. Každá minúta odkladu defibrilácie, ak laici neposkytujú KPR, znižuje prežitie po komorovej fibrilácii so svedkami o 10 - 12 %. a to preto, že Vzhľadom na to, že záchranári ZZS vo väčšine prípadoch nie sú schopní prísť na miesto príhody a vykonať defibriláciu v priebehu niekoľkých minút po výzve, sa v súčasnosti podporuje alternatívne využitie školených laikov na vykonanie včasnej defibrilácie s použitím AED.

Je známe, že prežítie pacientov so zastavením obehu klesá s každou minútou trvania zastavenia. Ak prítomní laici začnú s KPR, počet pacientov, ktorí prežijú, je o niečo vyšší. To znamená, že KPR vykonávaná prítomnými laikmi môže zvýšiť prežítie pacientov so zastavením obehu mimo nemocnice.

Všetci zdravotnícki pracovníci majú byť trénovaní, vybavení a povzbudzovaní, aby vykonávali defibriláciu a KPR. Včasná defibrilácia by mala byť dostupná vo všetkých nemocniciach, poliklinikách a verejných priestranstvách, kde sa zhromažďuje väčší počet ľudí.

Automatické externé defibrilátory

Automatické externé defibrilátory (AED) sú zložité a spoľahlivé, počítačom riadené zariadenia, ktoré používajú hlasové a zrkovité výzvy na vedenie laických záchrancov a zdravotníckych záchranárov s cieľom bezpečného vykonania defibrilácie u pacientov so zastavením obehu. Niektoré AED kombinujú pokyny na defibriláciu s pokynmi na vykonávanie optimálneho stláčania hrudníka. Mnoho AED je prispôbenedých na prácu ručným, ale aj poloautomatickým spôsobom. Najlepší spôsob defibrilácie však závisí od zručností a vyškolenia záchrancu. Kratšia pauza pred výbojom a kratšie obdobie bez stláčania hrudníka zvyšuje perfúziu životne dôležitých orgánov a taktiež pravdepodobnosť obnovenia spontánneho obehu.

Automatická analýza rytmu

Automatické externé defibrilátory majú mikroprocesory, ktoré analyzujú niekoľko znakov na EKG, vrátane frekvencie a amplitúdy. Súčasné prístroje sú schopné analyzovať rytmus srdca s mimoriadnou presnosťou. Hoci väčšina AED prístrojov nie je prispôbenedá na podávanie synchronizovaného výboja, všetky AED odporúčajú výboj pri komorovej tachykardii, ak frekvencia, tvar a trvanie R vlny presiahne vopred stanovené hodnoty. Väčšina AED si vyžaduje, aby sa počas analýzy rytmu prístrojom nikto nedotýkal hrudníka, alebo AED prístroja, lebo by mohlo prísť k porušeniu písomného záznamu.

Prístup verejnosti k AED

Automatické externé defibrilátory by sa mali podľa odporúčaní dostupné na vhodných verejných miestach ako napríklad na letiskách, športových areáloch, úradoch, lietadlá, železničných staniach ako aj v obchodných centrách. V podstate sú myslené miesta, kde sa pri zastavení obehu vyskytujú pravidelne svedkovia a v blízkosti sú trénovaní záchrancovia. Štúdie poukazujú hlavne na význam školenia polície ako prvých záchrancov na mieste náhle

príhody. Prístup verejnosti k defibrilácii a výučba používania AED pre laických záchrancov môže zvýšiť počet postihnutých, ktorí budú mať prínos z včasnej KPR a defibrilácie lepším prežívaním po náhlych príhodách v prednemocničných podmienkach. Pridelenie AED na individuálne použitie v domácnosti sa zatiaľ neukázalo ako účinné, a to ani u pacientov s vysokým rizikom

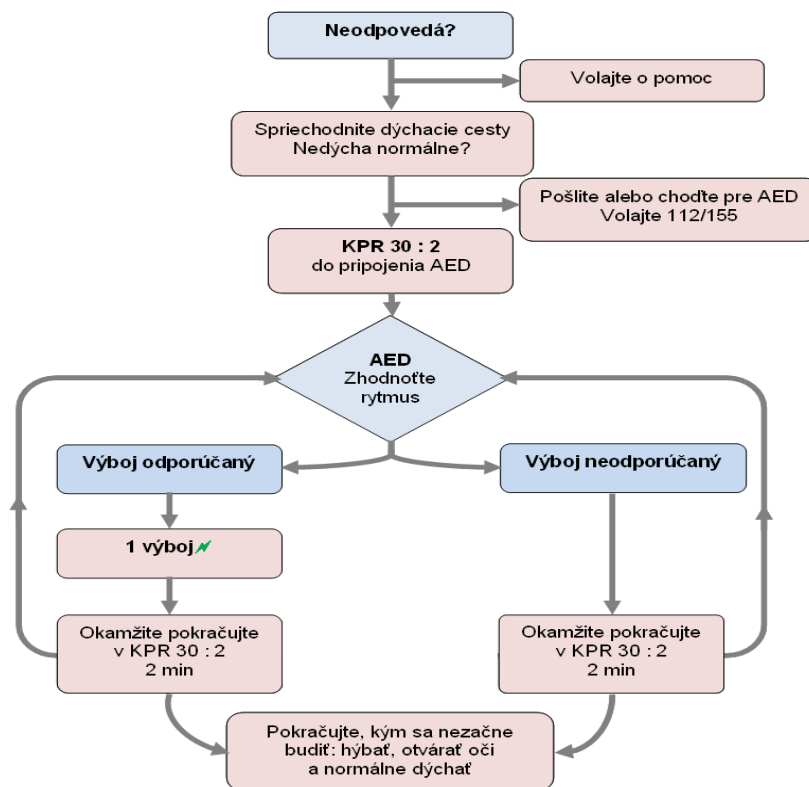
Používanie AED v nemocnici

Význam využívania AED sa popisuje v niekoľkých štúdiách. Ide hlavne o situácie kedy môže prísť k oneskoreniu resuscitácie a to u pacientov, ktorí nie sú na monitorovaných lôžkach v nemocnici alebo ambulancii. Na týchto miestach môže uplynúť niekoľko minút do príchodu resuscitačného tímu s defibrilátorom a do aplikácie výboja. Napriek obmedzeným dôkazom, používanie AED v nemocnici treba považovať za spôsob, ako umožniť včasnú defibriláciu (do 3 minút od kolapsu), najmä na miestach, kde poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú žiadne skúsenosti s určovaním rytmu, alebo kde sa defibrilátory používajú zriedkavo. Na základe odporúčaní by mali nemocnice monitorovať čas od kolapsu do prvého výboja a výsledný stav pacienta po resuscitácii.

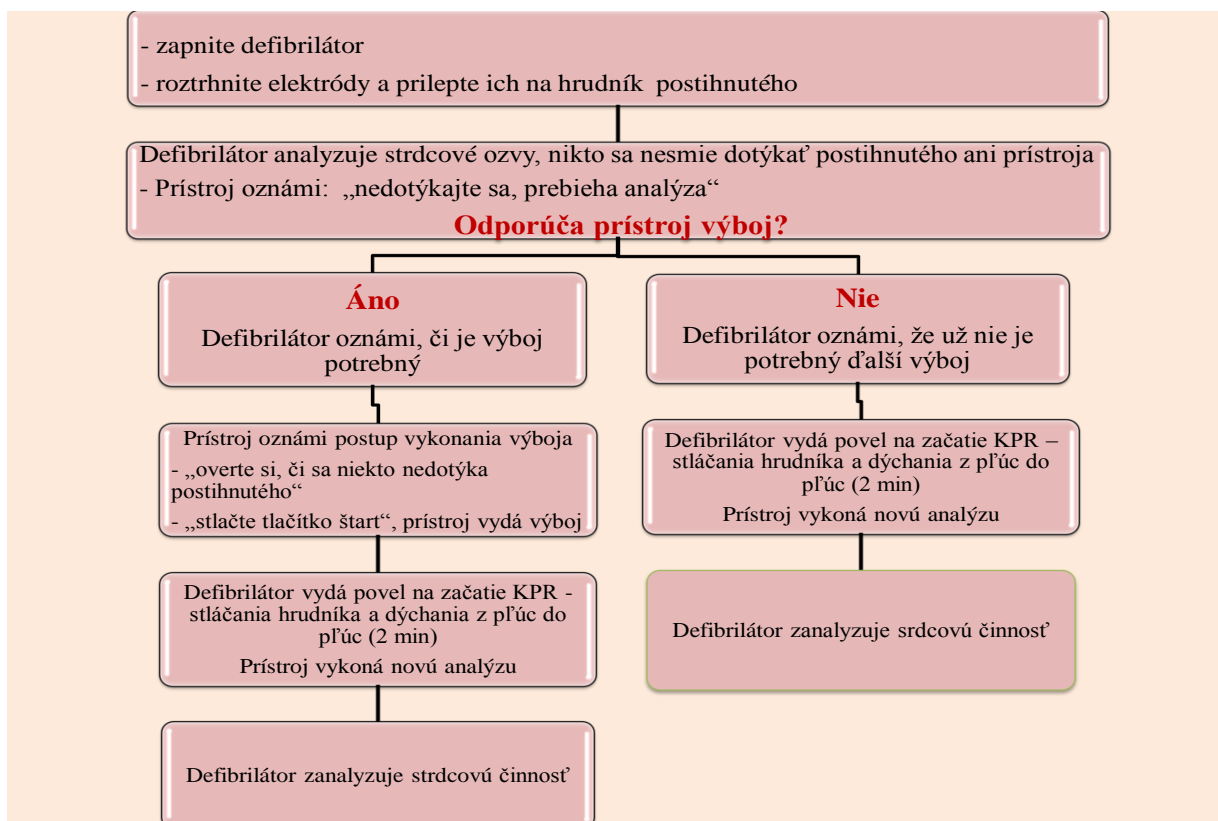
Použitie automatického externého defibrilátora

Automatické externé defibrilátory môžu bezpečne a účinne obsluhovať aj laici. Ich dostupnosť umožní vykonať defibriláciu skôr, ako príde profesionálna pomoc. Záchranca by mal na základe odporúčaní pokračovať v KPR s minimálnym prerušovaním stláčania hrudníka počas napojenia AED a počas jeho použitia. Záchrancovia musia vykonávať hlasové pokyny okamžite, zvlášť pokyn pre pokračovanie v stláčaní hrudníka.

Automatické externé defibrilátory sú bezpečné a úspešné aj pri použití u detí starších ako jeden rok. U detí vo veku 1 - 8 rokov je však odporúčané použitie detských elektród a softvéru prispôbenému deťom do 1 roka (50 - 75 J). Ak nie je odstupný manuálne nastaviteľný defibrilátor, môže sa u detí starších ako jeden rok použiť bežný AED pre dospelých, ale musí byť jeho použitie zvážené. Výskyt defibrilovateľného rytmu u detí je však veľmi nízky. Výnimkou je hlavne ochorenie srdca u detí.



Obrázok 1 Algoritmus defibrilácie s použitím AED



Obrázok 2 Postup použitia AED

ZÁVER

Medzi kľúčové faktory prežitia pri náhlom zastavení obehu patrí rýchlosť a kvalita poskytnutej resuscitačnej a poresuscitačnej starostlivosti. Potrebné je klásť dôraz na včasnú defibriláciu, optimálne do 3 minút, ktorá je súčasťou reťaze prežitia a je jedným z mála postupov, pri ktorých bolo dokázané, že zlepšujú prežívanie u pacientov po zastavení obehu v dôsledku komorovej fibrilácie a komorovej tachykardie. Vzhľadom na to, že použitie AED je veľmi jednoduché, nielen zdravotníci ale aj laici vedia jeho použitím prispieť k zvýšeniu kvality prednemocničnej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] *CPR – Guidelines. 2010.* [online]. European Resuscitation Council. [cit.12.1.2012].
Dostupné na internete:
https://www.erc.edu/index.php/guidelines_download/enchangeMode=view/
- [2] DOBIÁŠ, V. 2006. *Prednemocničná zdravotná starostlivosť.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 157 s. ISBN 80-8063-214-6.
- [3] DOBIÁŠ, V. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína.* Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
- [4] ĎURECHOVÁ, E. 2007. *Prvá pomoc do vrecka.* Bratislava : PERFEKT, 2007. s. 125. ISBN 978-80-80-46-364-9.
- [5] TRENKLER, Š. 2010. *Odporúčania Európskej resuscitačnej rady pre resuscitáciu 2010.* [online]. [citované 13.06.2010]. Dostupné na: <http://www.ssaim.sk/>.
- [6] TRUHLÁŘ, A. 2010. *Horké novinky v KPR: Guidelines 2010.* [online]. [cit.3.1.2012]. Dostupné na internete: http://paril.ic.cz/vzs10/2010_KPR.pdf

Kontaktná adresa

PhDr. Zuzana Rybárová, PhD.
SZU Bratislava Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti
Limbová 12
833 03 Bratislava
e-mail: zuzana.rybarova@szu.sk

PRÁVNÍ A ETICKÉ ASPEKTY V GERIATRII

Marcela Saparová

Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt

Příspěvek pojednává o problematice právních a etických aspektů při práci se seniory. Zabývá se platnými právními normami v České republice, a to s ohledem na výkon zdravotnické profese. Rovněž řeší otázku etických aspektů péče ve vztahu k péči o seniory.

Klíčová slova

Etika, právo, geriatric.

LEGAL AND ETHICAL ASPECTS IN GERIATRICS

Abstract

This paper deals with legal and ethical aspects of working with elderly. It deals with legal standards applicable in the Czech Republic with regard to the performance of health professions. Also addresses the ethical aspects of care in relation to care about elderly.

Key words

Ethics, law, geriatrics.

Úvod

Stárnutí populace se v současné době stalo významnou charakteristikou moderního vývoje euroatlantických společností. Jen v Evropě tvoří starší lidé v současné době 15-20 % populace. Během příštích 50-ti let by mělo podle prognóz dojít k navýšení na 25-30 % seniorů v populaci. V ČR je v současné době bezmála 1,5 milionu seniorů. Výhled do roku 2030 hovoří o 2,5 milionu a do roku 2050 dokonce v čísle přesahujícím 3 miliony seniorů (Glosová, 2006, s. 12-18).

Východiska řešení problematiky

V dnešní době je péče o seniory soustředěna jednak do rodin samotných, ale stejně tak je péče realizována prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb. Prioritou je bezesporu podpora seniora v zachování co možná největší soběstačnosti a setrvání v jeho domácím prostředí v kruhu nejbližších (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 13). Bohužel, jedním z charakteristických znaků seniora trpícího zdravotními neduhy je polymorbidní ráz onemocnění. V jeho důsledku jsou senioři častěji hospitalizováni, tím dochází ke snížení jejich odolnosti, soběstačnosti, adaptability (Macková, 2010, s. 283). Nesoběstačný senior se stává závislým na svém okolí. A pokud nemá v rodině vhodné sociální zázemí, ocitají se tyto senioři právě v zařízeních zdravotní a sociální péče.

I zde je však nezbytné dbát na dodržování zásad respektujících zvláštnosti vyššího věku. Seniorští klienti i jejich rodinní příslušníci jsou si stále více vědomi svých práv a jsou ochotni tato práva - ať skutečná či domnělá - prosazovat všemi možnými prostředky. Při práci s geriatrickými klienty je proto nezbytné vytvoření vztahu vzájemné důvěry, úcty, respektu a hlubšího lidského porozumění.

Každý člověk, zdravotnické pracovníky nevyjímaje, se ve svém osobním i pracovním životě musí řídit řadou různých norem, předpisů a nařízení. Souhrn pravidel uznávané formy společenského chování se nazývá etikou. Souhrn pravidel uznávané mravnosti v dané společnosti se nazývá morálkou. S etikou a morálkou úzce souvisí i právní systém. Chování a jednání každého člověka je ovlivňováno tím, co se smí, nesmí a co je trestné. Zdravotní péče by měla být taktéž prováděna v souladu nejen s právní legislativou, ale stejně tak i v souladu se souborem určitých etických norem, označovaných jako etický kodex (Fišerová, 1998, s. 19-25). Svým chováním a jednáním totiž zdravotnický pracovník nemusí rovnou porušit normu právní, ale může porušit normu morální. Proto je nezbytné, vytyčit si určité mantinely, které by svým chováním a jednáním člověk neměl porušit. Pro zdravotníky je důležité, orientovat se jak v mravně závazných, tak právně závazných normách (Kutnohorská, 2007, s. 18-19).

Analýza problematiky

V současné době se zdravotníci musí řídit následujícími právními normami.

1. Ústavou ČR (Ústavní zákon č.1/1993 Sb.) a Listinou základních práv a svobod (Ústavní zákon č.2/1993 Sb.). Jde o základní právní normy upravující obecná práva každého občana.
2. Úmluva o lidských právech a biomedicině. Tento dokument reaguje na mohutný rozvoj medicínských a biologických věd, tedy oborů, které se přímo dotýkají člověka. V dokumentu jsou řešena témata jako: rovná dostupnost zdravotní péče, informovaný souhlas, ochrana osob neschopných dát souhlas, ochrana soukromí a právo na informace, výzkum, zachování důvěrnosti.
3. Zákon o péči o zdraví lidu (Zákon č. 20/1966 Sb.). Zákon byl mnohokrát novelizován. Zjednodušeně lze říci, že upravuje hlavní zásady péče o zdraví obyvatelstva. Mimo jiné řeší například otázku postupu lege artis nebo otázku mlčenlivosti.
4. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (Zákon č. 298/ 2011 Sb.). Tento zákon řeší problematiku zdravotního pojištění a úhradu péče z veřejného zdravotního pojištění.
5. Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (Zákon č.101/2000 Sb.). Smyslem tohoto zákona je naplňování práva na ochranu občana před neoprávněným zasahováním do jeho soukromého a osobního života neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním osobních údajů, které mu zaručuje Listina základních práv a svobod.
6. Zákon o ochraně veřejného zdraví (Zákon č. 258/2000 Sb.). Tímto zákonem je upravováno například očkování obyvatelstva.

7. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (Vyhláška 64/2007 Sb.). Touto vyhláškou je upravováno vedení zdravotnické dokumentace.

8. Novela občanského zákoníku (Dle vyhlášky č. 440/2001 Sb., O odškodňování bolesti). Zejména jde o náhradu škody vzniklou na majetku nebo na zdraví.

9. Trestní zákoník (Zákon č. 40/2009 Sb.). Z tohoto zákona se práce zdravotníků dotýká zejména řešená problematika mlčenlivosti, padělání nepravdivých lékařských zpráv nebo neoprávněné nakládání s osobními údaji.

Jak již bylo řečeno, zdravotníci by se neměli řídit jen výše uvedenými právními normami, ale měli by dodržovat i etické kodexy, neboť problematika etických aspektů v oblasti geriatric v současné době nabývá na významu. Děje se tak v důsledku stárnutí populace, kdy se zvyšuje počet geriatrických klientů jako takových a dlouhověkých seniorů zvláště.

Vnímání seniorů v České republice je spíše negativní (Holmerová a kol., 2007, s. 8). V této souvislosti hovoříme o ageismu, tedy o diskriminačním chování vůči seniorům. Etické otázky se v současnosti stávají klíčovými při jakékoli diskuzi o stárnutí a poskytování péče. Centrem veškerých těchto diskuzí se stává pojem důstojnost. V rámci projektu „Důstojnost a starší Evropané“ byl zpracován model důstojnosti, který rozlišuje čtyři typy důstojnosti (Nordenfelt, 2003, s. 103-110).

Prvním typem důstojnosti je důstojnost zásluh, která se obvykle pojí s postavením ve společnosti. S odchodem seniorů ze zaměstnání mohou senioři v tomto ohledu prožívat ztrátu důstojnosti. Druhým typem důstojnosti je důstojnost mravní síly. Tento typ důstojnosti je vázán s pocity sebeúcty. Sebeúctou seniorů mohou zdravotníci posilovat například přiměřenou komunikací. Zdravotníci by se měli vyhýbat tak zvanému „elderspeak“. Jedná se o eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi - despekt, urážky, nepřiměřené neosobní jednání se seniory, infantilizace (Kemper, 1994, s. 17-18). Třetím typem důstojnosti je důstojnost osobní identity. Právě tento typ důstojnosti je nejvýznamnější ve spojitosti se seniory. Souvisí se sebeúctou, seberealizací a respektováním autonomie. Seberealizaci mohou zdravotníci posilovat snahou o maximální zachování soběstačnosti seniora, podporováním a povzbuzováním při zhoršování funkční odolnosti seniora. Respektování autonomie seniora v rámci poskytování péče souvisí s možností seniorů vyjádřit se k povaze a formám poskytované péče (Macková, 2009, s. 39). Porucha soběstačnosti nemusí znamenat ztrátu autonomie. Respekt klienta a snaha o motivaci k vyjádření vlastního názoru a rozhodnutí, by neměly v žádném případě chybět v práci zdravotníků i rodinných příslušníků, pečujících o geriatrické klienty. Čtvrtý typ důstojnosti je označován německým pojmem Menschenwürde. V jádru tohoto typu důstojnosti je „lidství“ jako něco, oč nelze být připraven. Senioři, kteří jsou zcela odkázáni na pomoc druhých, senioři trpící demencí tak nikdy nemohou být alespoň v tomto směru zbaveni své důstojnosti (Nordenfelt, 2003, s. 103-110).

Senior se v důsledku změn fyzických a psychických (zhoršení pohybové koordinace, zhoršení senzorických a kognitivních funkcí aj.) může snadno stát nerovnocenným partnerem pro zdravotnické pracovníky. Může tak dojít ze strany zdravotníků a rodinných příslušníků

k nerespektování práva na informace, lidské důstojnosti, soukromí, autonomie a vyvrcholit vše může až násilím páchaným na klientech vyššího věku, ať již v domácím prostředí, během hospitalizace či v ústavech sociální péče (Venglářová, 2007, 96 s.).

Závěr

Ideální situace v péči o seniory (a nejen o ně) představuje vzájemné doplňování etických a právních norem, jejich vzájemnou interakci. Porušení zákonů je postihováno sankcemi nebo tresty, kdežto etické chování je dobrovolné a nevynutitelné. Etika je osobnější a závisí na svědomí každého jednotlivého člověka.

Doporučení pro praxi

V geriatrické medicíně by činnost lékaře a celého zdravotnického týmu neměla končit stanovením diagnózy a zvládnutím zdravotního problému jako takového. Je důležité, aby péče neopomínala na úlevu od utrpení, zachování smysluplné životní a sociální role seniora (autonomie, seberealizace) a maximální podporu důstojnosti geriatrického klienta. Je třeba mít na mysli, že kritériem kvalitně poskytované péče bude spokojený a prospívající senior.

Použitá literatura

- [1] FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Pomocný učební text. 1. vydání. Brno: Institut
- [2] pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1998. 60 s. ISBN neuvedeno.
- [3] GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA group, 2006, s. 17-18, 19, 28-29, 31. ISBN 80-7366-057-1.
- [4] HOLMEROVÁ, I. a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [5] KEMPER, S. 1994. Elderspeak: Speech accommodations to older adults. In *Aging, Neuropsychology and Cognition*. ISSN 1382-5585, 1994, roč.1, č.1, s. 17 – 28.
- [6] KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 164 s. Praha: Grada Publishing, 2007.
- [7] ISBN 978-80-247-2069-2.
- [8] MACKOVÁ, M. 2010. Sociální zranitelnost, handicap a paliativní péče. In *Sborník z mezinárodní konference Aplikované etiky – kontext a perspektívy*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2010. ISBN 978-80-7097-735-4, s. 281 - 292.
- [9] MACKOVÁ, M. 2009. Paliativní péče pro seniory – hudba budoucnosti? In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2009, roč. 19, č. 1, s. 39.
- [10] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [11] NORDENFELT, L. 2003. Dignity and the care of the elderly. In *Medicine, Health Care and Philosophy*. ISSN 1386-7423, 2003, roč.6, č. 2, s.103 – 110.
- [12] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Kontaktní údaje

Mgr. Marcela Saporová
Interní kardiologická klinika
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20
625 00 Brno
e-mail: marcela.f@email.cz

VYUŽITIE E-LEARNINGU VO VÝUČBE PREDMETU OŠETROVATEĽSKÉ TECHNIKY

Jana Sedliaková

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na aplikáciu informačno-komunikačných technológií do vyučovania predmetu ošetrovateľské techniky v študijnom odbore ošetrovateľstvo. Autorka predkladá definície a formy e-learningu, požiadavky kladené na učiteľa a študujúceho, ako aj výhody a nevýhody elektronického vzdelávania. Zároveň článok ponúka možnosti priamej aplikácie e-learningu do výučby ošetrovateľských techník, ako aj súčasné moderné webové aplikácie, ktoré sú vhodné v rámci vyučovania tohto predmetu. Ide hlavne o generátory myšlienkových a pojmových máp, whiteboard, generátory slovných oblakov a interaktívne plagáty. Jednou z možností, ktoré e-learning umožňuje a ktorú učitelia aj najviac využívajú, je tvorba a sprístupnenie vzdelávacích – študijných materiálov. Čitateľ tak v príspevku nachádza aj formy študijného materiálu, požiadavky na ich tvorbu, ako aj najčastejšie problémy, ktoré sa objavujú pri vytváraní vzdelávacieho materiálu pre študentov ošetrovateľstva.

Kľúčové slová

E-learning, vzdelávanie sestier, ošetrovateľské techniky, LMS Moodle.

Abstract

The paper aims on information-communication technology application into the subject of Nursing Techniques in the nursing study field. An author submits the definitions and the forms of e-learning requirements for teacher and learner, as well as the advantages and disadvantages electronic education. The paper also offers the possibility of direct application of e-learning in teaching nursing techniques, as well as contemporary modern web applications that are useful in teaching this subject. This is particularly the generators of thought and conceptual maps, whiteboard, word cloud generators and interactive posters. One of the options, which e-learning enables and that teachers use the most is the creation and availability of study materials. The reader in the form of a contribution is the study of material requirements for their creation, as well as common problems that occur in developing educational materials for the nursing students.

Key words

E-learning, nursing education, nursing techniques, LMS Moodle.

Úvod

Termín e-learning (angl. enhanced learning - učenie za podpory technológií) je veľmi široký pojem, ktorý zatiaľ nemá slovenský ekvivalent, preto sa používa jeho originálny názov. „V písanej podobe sa stretávame s výrazmi eLearning, e-learning alebo e-Learning. Všetky tieto varianty písania rovnakého slova sú správne a sú používané v odbornej literatúre i v publicistických zdrojoch“ (Zlámalová, 2006, str.98).

Z množstva dostupných materiálov, ktoré sa venujú problematike e-learningu je možné zistiť, že existuje veľmi veľa definícií elektronického vzdelávania, ktoré sa niekedy značne odlišujú. „E-learning možno chápať ako multimedialnú podporu vzdelávacieho procesu spojenú s modernými informačnými a komunikačnými technológiami pre skvalitnenie vzdelávania“ (Nocar in Nocar, Kopecký, 2004, str.1). Průcha (in Nocar, Kopecký, 2004, str.1) definuje e-learning ako elektronické učenie/vzdelávanie. Označuje ním druhy učenia podporovaného počítačom, spravidla s využitím moderných technologických prostriedkov, predovšetkým CD-ROM. Švec (in Frk, 2010, str. 108) vníma e-learning ako elektronické učenie sa prostredníctvom intranetu a internetu. E-learning je nástroj využívajúci sieťové technológie k vytváraniu, distribúcii, výberu, administrácii a neustálej aktualizácii vzdelávacích materiálov (Elliot, Masie in Zlámalová, 2006, str. 99).

Formy e-learningu delíme na:

1. Offline e-learning – študent nie je pripojený k počítačovej sieti.
2. Online e-learning - využíva počítačové siete (internet a intranet).
 - *Synchrónna forma* – účastníci vzdelávania musia byť počas výučby pripojení k internetu súčasne, t.j. v reálnom čase (audio a video konferencie, Instant Messaging, zdieľané aplikácie – napr. Whiteboard, virtuálna trieda).
 - *Asynchrónna forma* – účastníci vzdelávania nemusia byť pripojení k internetu v rovnaký čas (diskusné fóra, hromadná mailová korešpondencia, rôzne formy virtuálnych nástieniek a pod.).

Medzi najznámejšie elektronické vzdelávacie prostredia v súčasnosti zaraďujeme Moodle, Eden, Claroline, WebCT, eDoceo, Oracle iLearning, Sakai (Turek, 2008, str.417). Tieto vzdelávacie systémy poskytujú napr. možnosť:

- tvoriť, spravovať, užívať kurzy,
- vkladať a stiahnuť (download) učebné materiály vo forme súborov, obrázkov, schém, animácií, videí alebo videotutoriálov,
- tvoriť a zadávať didaktické testy,
- hodnotiť výsledky študentov, štatisticky ich vyhodnocovať,
- realizovať prieskumy, ankety a diskusné fóra,
- vytvárať slovníky,
- wiki aktivity,
- kontrolovať aktivity študentov, komunikovať v rovine – tútor a študent, ako aj navzájom medzi študentmi.

Požiadavky kladené na učiteľa a študujúceho v rámci e-learningu

Učiteľ/tútor podieľajúci sa na tvorbe obsahu elektronického vzdelávania musí byť vybavený odbornými vedomosťami, poznatkami z didaktiky a rovnako potrebuje aj určité technické zručnosti. Nocar uvádza, že: „*Dôležitou podmienkou pre štúdium s e-learningovou podporou je znalosť a skúsenosť s využívaním IKT, veľkú úlohu tiež hrajú motivácia a chuť študovať netradičným spôsobom. Nie každý je tiež schopný samoštúdia s podporou IKT, mnohí študenti napr. nie sú schopní udržať pozornosť pri čítaní elektronického textu a pod.* (Nocar, Kopecký, 2004, str.1).

V dištančnom vzdelávaní sa vníma učiteľ/tútor ako konzultant, školiteľ, poradca a pomocník študujúceho (Palán, 2002, s. 142) či metodický sprostredkovateľ (Průcha, Míka, 2000, s. 27). Frk uvádza, že vo svojej funkcii sprostredkovateľa vzdelávania, sa učiteľ stáva predovšetkým *facilitátorom*. Palán (2002, str.97) špecifikuje pojem facilitátor na základe odvodenia od termínu *facilitácia*, teda ako *uľahčenie, ovplyvnenie vonkajších a vnútorných podmienok pre optimálny priebeh učebného a vzdelávacieho procesu a usmerňovanie psychických procesov predovšetkým motivácie, výkonnosti a podobne*.

Každému účastníkovi v elektronickom vzdelávaní je pridelený osobný tútor (každý tútor je obvykle zodpovedný za skupinu 15-25 študujúcich (Frk,2010, str.116). Pojem tútor je charakteristický pre dištančné vzdelávanie. Zlámalová (2002) vníma pedagogického pracovníka v dištančnom štúdiu inak ako klasického učiteľa v prezenčnom štúdiu. „*Tútor je metodický sprostredkovateľ dištančného štúdia a hodnotiteľ priebežných výsledkov. Je v najbližšom kontakte so študujúcim a má charakteristické špecifické povinnosti. Zásadne platí, že v dištančnom vzdelávaní sa neprednáša! Na rozdiel od učiteľa tútor neučí, ale rôznymi spôsobmi a dostupnými prostriedkami podporuje študujúceho pri jeho štúdiu.*“

„*V prezenčnom štúdiu sú motivujúcimi faktormi napríklad lektor a spolužiaci, pri e-learningu musí byť študujúci viac aktívny a zodpovedný*“ (Frk, 2010, str. 115-116). Študent si musí plánovať svoj vlastný čas. Schopnosť riadiť svoje štúdium, termíny skúšok, prípravu zadaní, odovzdávanie samostatných úloh či projektov, kladú nároky na študujúceho pri on-line vzdelávaní.

E-learning v sebe zahŕňa dôležitý faktor a síce interakciu. Študent získava potrebné vedomosti, informácie, t.j. vzdeláva sa predovšetkým formou samoštúdia. No na druhej strane významným činiteľom pri učení sa prostredníctvom počítača je sociálna komunikácia. Samotný systém LMS je založený na tzv. sociálnych sieťach. Študent je súčasťou určitej skupiny. V prípade školského e-learningu tvoria skupinu účastníci niektorého predmetu či kurzu. Každý z nich má možnosť naučiť sa niečo nové, získať informácie a teda poznatky za pomoci druhých. Vhodnou aktivitou v prostredí Moodle je napríklad wiki. Umožňuje študentovi spolupodieľať sa na tvorbe www stránky a to nielen vkladáním učebného materiálu, ale rovnako môže študent materiál vložený spolužiakmi komentovať, hodnotiť, vyvracať nepravdy, argumentovať. Toto všetko je dôležitý základ kritického myslenia vo vzdelávaní.

Frk, ktorý sa odvoláva na Gokhleho uvádza, že kolaboratívne učenie je efektívnejšie ako učenie sa individuálne. V procese štúdia zohráva dôležitú úlohu aj psychologický efekt.

Samoštúdium môže byť pre študujúceho frustrujúce a vyžaduje si veľkú dávku sebamotivácie. Naproti tomu kolaboratívne vzdelávanie „podporuje pocit spolunáležitosti, porozumenia, vzájomnej podpory a spolupráce“ (Frk, 2010, str. 109-110). V prezenčnom systéme vzdelávania je učiteľ väčšinou vnímaný ako jediný zdroj informácií. V prípade e-learningu by mal študujúci pochopiť, že učiteľ/tutor nie je jediným zdrojom informácií, ale že sa môže mnoho naučiť aj od svojich spolužiakov.

Výhody a nevýhody e-learningu

Medzi výhody e-learningu patrí:

- Individualizácia vzdelávania – študujúci si môže zvoliť čas, miesto, spôsob a tempo učenia, ako aj učebný štýl, má možnosť 24hod/7dní prístup odvšadiaľ, kde je internetové pripojenie (on-line forma).
- E-learning je pre študujúceho lacnejší a pohodlnejší, šetrí čas.
- E-learning za podpory multimédií umožňuje vysokú úroveň prezentácie učiva, bezproblémovú archiváciu a rýchlu inováciu.
- Vyššia efektívnosť výučby pri malom počte študujúcich, väčšia flexibilita, vyššia miera interaktivity.
- Zvyšovanie technických vedomostí a zručností v práci s PC a IKT.
- Hodnotenie je objektívnejšie ako pri tradičnom ústnom skúšaní (Turek, 2008, str.429).
- Medzinárodná spolupráca.
- Minimálne požiadavky na počty učební (iba na prezenčnú časť štúdia),
- Ľahšia dostupnosť pre hendikepovaných s využitím príslušných podporných prostriedkov (Gazdíkova, 2003, str.7).

Výhodou e-learningu je i možnosť kvalitnej spätnej väzby vo vzdelávacích procesoch, a to i v celoživotnom vzdelávaní. Rozvoj nových metód učenia, vrátane e-learningu, výrazne podporuje kompetencie potrebné v informačnej spoločnosti, napr. schopnosť vyhľadávať informácie a pretvárať ich v znalosti (Vávra, 2011).

Medzi nevýhody e-learningu patrí:

- Nevhodnosť aplikácie do výučby niektorých predmetov, často potreba kombinácie distančného a prezenčného vzdelávania (blended learning) – ide predovšetkým o prakticky zamerané predmety.
- Nevhodnosť pre určité typy študujúcich ale i učiteľov – bariérou môže byť nízka počítačová gramotnosť, vysoký vek, nízka miera vnútornej motivácie a sebadisciplíny učiaceho sa.
- Potreba internetového pripojenia, multimédií a špeciálnych systémových požiadaviek na PC, limitovanie v oblasti zvuku, videa, grafiky spôsobuje dlhé čakanie pri spojení a sťahovaní dát (Kubištová, 2011, str. 24).
- Problémový rozvoj afektívnej stránky študujúceho, ako aj niektorých kľúčových kompetencií napr. komunikačných, interpersonálnych a kognitívnych (Turek, 2008, str. 430).

- Absencia polysenzorického vnímania počas učenia.
- Vysoké počiatkové finančné náklady na hardvér a softvér.
- Pri nadmernom využívaní IKT môže dochádzať k narušeniu zdravia ich používateľov, ako telesného tak i psychického.

Za najčastejšie uvádzané negatívum e-learningu sa považuje absencia osobného kontaktu. Moderné technológie dokážu toto negatívum vo veľkej miere minimalizovať. Mikrofón, web kamera, zvuk, video a chat umožňujú účastníkom kurzu aktívne sa zapojiť do diskusie a zároveň počuť či vidieť ostatných účastníkov. Týmto sa mení pohľad na neosobný kontakt či izoláciu študenta pri vzdelávaní cez e-learning. No i napriek tomu si uvedomujeme, že či už počítač alebo akákoľvek moderná technológia síce napomáhajú v procese vzdelávania, ale nedokážu komplexne nahradiť úlohu učiteľa. Preto by jedným zo zámerov súčasného vzdelávania malo byť prepojenie tradičnej a modernej formy vyučovania. Podľa Palkovej, Belákovvej a Olejára (2008a, str. 92) pri zachovaní výhod klasického štúdia aplikovanie vhodných metód elektronického vzdelávania môže priniesť časovo nezávislé a individuálne štúdium, dostupné vzdelávacie materiály, efektívnejšie využívanie času priamej výučby, nestranné a spravodlivé hodnotenie získaných vedomostí, neobmedzenú komunikáciu a zníženie nákladov na vzdelanie a vzdelávanie.

E-learning a ošetrovateľské techniky

Skiba, Connors a Jeffries (2008, in Bradshaw, 2011, str. 12) uvádzajú, že ošetrovateľské vzdelávanie je mnohými považované za priekopníka v používaní vzdelávacích technológií. „Ošetrovateľstvo spolu s ďalšími zdravotníckymi profesiami musí čeliť výzvam začlenenia kľúčových kompetencií s využitím nových technológií a praxi v prostredí „nabitým“ informačnými technológiami.“ Klinické prostredie v súčinnosti s charakterom zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti ako aj neustály vývoj technológii využívaných v zdravotníctve a moderné informačné systémy nemocníc kladú zvýšené nároky nielen na odbornú prípravu študentov, ale rovnako si žiadajú pripravenosť budúcich zdravotníkov na prácu s technológiami, prístrojovou technikou či počítačmi. Jednou z možností, ktoré napomáhajú v nadobúdaní informačných a technických kompetencií študentov je elektronické vzdelávanie. Hoci je e-learning vnímaný predovšetkým ako nástroj na zvýšenie efektivity vzdelávania, ktorým učitelia riadia proces učenia, využitím všetkých jeho možností, zároveň elektronické vzdelávanie rozvíja spomínané technické zručnosti študentov.

Medzi nevýhody e-learningu sme zaradili nevhodnosť jeho aplikácie do výučby niektorých predmetov. Medzi tieto predmety patria aj ošetrovateľské techniky, pretože veľká časť ich výučby je prakticky orientovaná a vyžaduje si priamy nácvik jednotlivých činností a zručností. Tomu ale musí predchádzať teoretický základ obsahu učiva. Preto sa vo vyučovaní ošetrovateľských techník ako veľmi vhodná ukazuje aplikácia blended learningu, čiže kombinovaná forma výučby. Jedným z dôležitých špecifik predmetu ošetrovateľské techniky je, že ide v podstate o tzv. „praktikum“, čiže v skupine je možné mať iba obmedzený počet študentov. Väčšinou ide o počet 10-12 žiakov. Vyučovanie v malej skupine prináša nielen možnosť opakovaného precvičovania jednotlivých sesterských činností, ale rovnako poskytuje aj dobré podmienky na realizáciu e-learningu, ktorý je taktiež vhodný pre výučbu

v malých skupinách. Vyučujúci ošetrovateľských techník majú preto možnosť využiť tento nástroj za účelom skvalitnenia vyučovania, ako aj za účelom podpory učenia sa študentov.

Informačno–komunikačné technológie poskytujú v rámci vyučovania predmetu ošetrovateľské techniky široké možnosti ich uplatnenia. Ako pre učiteľa, tak i pre študenta. Moderné vyučovanie ale nie je založené iba na integrácii nových technológií do výučby, pretože rovnako dôležité a potrebné je inovovať zásady, formy a metódy vyučovania. Palková, Beláková, Olejár (2008b, str. 164) približujú zásadné zmeny, ktoré je potrebné uskutočniť, aby implementácia metód e-learningu priniesla očakávané pozitívne zmeny. Ide o tieto zmeny:

- zmena úlohy pedagóga,
- zmena pozície študenta (tímová spolupráca, vyššia spoluzodpovednosť za vzdelávanie),
- zmena spôsobu vyučovania,
- zmena spôsobu prezentácie poznatkov (elektronické formy),
- zvýšenie dostupnosti elektronických vzdelávacích materiálov a multimedialných kurzov,
- tvorba vzdelávacích materiálov a študijných pomôcok (tímová práca pedagóga, grafika, programátora, analytika atď.).

Aby výučba za podpory IKT splnila očakávaný výsledok, ako pre učiteľa, tak i pre študenta, aby ich nadmerne nevyčerpala, a tým aj neodradila, je potrebné vypracovať dôkladnú metodológiu vyučovania samozrejme s prihliadnutím na didaktické požiadavky, ktoré sú kladené na výučbu. Učiteľ by mal mať jasne stanovenú svoju vlastnú filozofiu vyučovania, prostredníctvom ktorej pripravuje svojich študentov na výkon ich budúceho povolania.

Tvorba didaktických multimedialných materiálov

Elektronické vzdelávanie umožňuje učiteľom vytvárať multimedialne študijné materiály. Táto aktivita so sebou nesie špecifické požiadavky. Výučbový materiál využívaný v rámci e-learningu musí spĺňať určité didaktické požiadavky. Žáčok a Schlarmanová (str. 140-141), ktorí sa odvolávajú na Koubu (1992), odporúčajú pri tvorbe multimedialných materiálov zohľadniť tieto pedagogické požiadavky:

- voľbu témy,
- formuláciu vyučovacích cieľov,
- stanovenie vstupných požiadaviek,
- motiváciu,
- zostavenie obsahu učiva a jeho rozčlenenie,
- popis štrukturálnej väzby medzi časťami obsahu,
- určenie dynamických vlastností,
- vyhodnotenie práce s programom,
- stanovenie hypotézy o vplyve používania softvéru na výsledky učenia.

Možnosti foriem študijného materiálu sú viaceré. Finálna podoba materiálu závisí napríklad od druhu predmetu, predkladanej témy, ale aj technických a počítačových zručností učiteľa. Medzi najčastejšie využívané formy učebného materiálu patrí:

- a) Papierová, tlačená verzia
 - učebnica,
 - obrázok, fotografia,
- b) elektronická kniha, tzv. e-kniha,
- c) prezentácia,
- d) zvukový záznam,
- e) video,
- f) tutoriál, videotutoriál (t.j. návod k použitiu, tzv. postup krok za krokom),
- g) web stránka,
- h) e-learningový kurz.

Ako sme už spomínali, aplikácia e-learningu má svoje výhody i nevýhody. Pokorná (2007, str. 414) približuje, s akými okruhmi problémov sa môžeme stretnúť počas zavádzania elektronického vzdelávania do výučby ošetrovateľstva. Ide o tieto problémy:

- kompilácia materiálov (predovšetkým obrázkov),
- potreba dodržať legislatívu vo vzťahu k pacientom pri foto a videozáznamoch,
- vysoké nároky na odbornú erudíciu tútora,
- trvalá potreba kontroly sledovania moderných trendov, vysoká časová náročnosť,
- nechť uskutočňovať a učiť sa nové,
- stála potreba kontaktu učiteľa a študentov (nutnosť stanoviť jasné pravidlá kontaktu).

Využitie multimédií v rámci výučby predmetu ošetrovateľské techniky má široké uplatnenie. Práca s obrázkami, schémami, videami, myšlienkové mapy, videotutoriály, tvorba prezentácií, tvorba on-line testov, dokumentov, tabuliek, štatistík, chat, fórum, wiki, on-line komunikácia, on-line slovníky, Skype, videokonferencie, tvorba blogov alebo web stránok a mnohé ďalšie možnosti poskytujú rozsiahle spektrum možností na zvýšenie efektivity, interakcie, názornosti výučby, ako aj medzinárodnú spoluprácu v rámci vzdelávania. Z množstva v súčasnosti dostupných on-line aplikácií, ktoré môžu učiteľia využívať v rámci výučby ošetrovateľských techník, uvedieme generátory myšlienkových a pojmových máp, whiteboard, generátory slovných oblakov a interaktívne plagáty.

Generátory myšlienkových a pojmových máp - pojmová, myšlienková mapa je diagram zobrazujúci vzťahy (väzby) medzi pojmi. Jednotlivé pojmy sú spojené spojnicami a vytvárajú hierarchickú štruktúru. Charakter vzťahu medzi pojmi sa vyjadruje stručným opisom nad spojnicou. Pojem, alebo jeho popis môže byť vyjadrený textom alebo obrázkom. Myšlienkové mapy sa využívajú k tvorbe nových myšlienok, predovšetkým pri brainstormingu. Pojmy, ktoré navzájom súvisia, sa spájajú čiarami a prezentujú istý druh tvrdenia (propozície). Pojmové mapovanie uľahčuje študentom: pochopenie učiva;

prekódovanie učiva do formy, ktorá sa lepšie pamätá; vybavovanie učiva; rekonštruovanie učiva, ak pribúdajú nové vedomosti (Dvorský, 2009, str. 21).

Whiteboard (online tabuľa) je označenie pre zdieľaný priestor na internete, do ktorého môžu užívatelia kresliť, písať, vkladať obrázky a pod. Prizvaní užívatelia vidia v reálnom čase, čo autor kreslí, môžu do obrazovky zasahovať, dopĺňovať obrázok a pod. Whiteboard sa využíva v rámci e-learningu, napr. pri chatovaní, kedy je potrebné vysvetliť nejaký pojem písomne či graficky.

Generátory slovných oblakov - slovný oblak (word cloud) je súbor kľúčových slov, ktoré sú odlišené rôznymi spôsobmi podľa svojej frekvencie v zadanom texte (napr. pomocou farieb, veľkosti a pod). Slovný oblak jednoduchým spôsobom znázorňuje, ktoré kľúčové slovo je ako dôležité, ako často ho užívateľ hľadá a ako často sa v jazykovom materiáli vyskytuje (Kopecký, E-learning a nástroje Web 2.0). Slovný oblak je možné vytvoriť napr. v programe WORDLE <http://www.wordle.net/>.

Interaktívne plagáty - Glogster (www.glogster.com) je internetová služba, umožňujúca ľahko a rýchlo vytvárať interaktívne plagáty, ktoré dokážu v sebe kombinovať obraz, zvuk i videosekvencie. Môžu sa používať napr. na tvorbu interaktívneho posteru. Glogster zároveň umožňuje vytvárať virtuálne triedy študentov (až 200 užívateľov), ktorým je sprístupnený obsah plagátu. V rámci tejto aplikácie je špeciálne vyčlenená časť pre učiteľov a študentov (<http://www.glogster.com/edu/>).

Záver

Petlák (2008, str.5) vníma modernizáciu vyučovania nie iba ako „technika“ vo vyučovaní, ako to chápajú mnohí učitelia, ale aj modernizáciu obsahu vzdelávania, vyučovacích metód a organizačných foriem vyučovania“. Všeobecné trendy modernizácie procesualnej stránky vyučovania sumarizuje Hudecová (in Višňovský, 2001, str. 114) takto:

- využívať také vyučovacie stratégie, ktoré poskytnú študentovi priestor pre samostatnú tvorivú prácu,
- orientovať vyučovacie metódy, formy, prostriedky na subjekt, podporovať aktívnu účasť študenta vo vyučovacom procese,
- rešpektovať potreby, záujmy a skúsenosti študenta, individualitu jeho osobnosti,
- umožniť študentovi prejaviť vlastné názory, spontánnosť a rozvíjať jeho tvorivosť.

Použitá literatúra

- [1] BRADSHAW, M.J. - LOWENSTEIN, A. J. 2011. *Innovative Teaching Strategies. Related. Health Professions*. Fifth edition. [on line]. Sudbury : Jones & Bartlett Publishers. [cit. 2011-11-27]. 609 p.
- [2] [2<http://books.google.com/books?id=aLH77WXH5JIC&printsec=frontcover&dq=Clinical+Teaching+Strategies+for+Nursing&hl=en&ei=IfzDTsrFIsfCswa754SEDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDoQ6AEwAQ#v=onepage&q=Clinical%20Teaching%20Strategies%20for%20Nursing&f=false>](http://books.google.com/books?id=aLH77WXH5JIC&printsec=frontcover&dq=Clinical+Teaching+Strategies+for+Nursing&hl=en&ei=IfzDTsrFIsfCswa754SEDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDoQ6AEwAQ#v=onepage&q=Clinical%20Teaching%20Strategies%20for%20Nursing&f=false). ISBN -13: 978-0-7637-6344-2.

- [3] DVORSKÝ, M. 2009. *Využitie metód kritického myslenia na hodinách slovenského jazyka a literatúry*. [on line]. Prešov : MPC v Prešove. 2009. 84 s. [cit. 2011-12-01]. ISBN (neuveďené). Dostupné na: http://www.statpedu.sk/files/documents/sutaze/pedagogicke/pedagogicke_citanie_dvorsky.pdf
- [4] FRK, B. 2010. *E-learning a online vzdelávanie dospelých*. Dostupné na : <<http://www.casopispedagogika.sk/rocnik-1/cislo-2/E-learning%20a%20online%20vzdelavanie%20dospelych.pdf>>
- [5] GAZDÍKOVÁ, V. 2003. *Základy distančného elektronického vzdelávania*. [on line]. Trnava : Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity, 2003. ISBN 80-89074-67-7. [cit. 2011-12-20]. Dostupné na: http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=pr%C5%AFcha%2C%20j.%2C%20m%C3%ADka%2C%20j.%3A%202000.%20distan%C4%8Dn%C3%AD%20studium%20v%20ot%C3%A1zkach&source=web&cd=3&sqi=2&ved=0CDAQFjAC&url=http%3A%2F%2Fcec.truni.sk%2Fcec_download%2F%3Finformatika%2FDidaktika-skripta.pdf&ei=Xb8QT42YOcXKsgay1aRA&usg=AFQjCNH7O5UhvrvDQ3Eo8I1cKt-DLF9EVA
- [6] HUDECOVÁ, A. 2001. In. Višňovský, Ľ. – Kačáni, V. *Základy školskej pedagogiky*. Bratislava : Iris, 2001. 227s. ISBN 80-89018-25-4.
- [7] KOPECKÝ, K. *E-earning a nástroje Web 2.0*. [on line]. Olomouc : Net University e-learning – education – online. [cit. 2011-11-17]. Dostupné na: <http://www.net-university.cz/elearning/55-e-learning-a-nastroje-web-20>
- [8] KUBIŠTOVÁ, Z. – PEJSAR, Z. 2011. *Tvorba e-learningových kurzů v prostředí ProAuthor*. [on line]. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011. 28 s. [cit. 2011-12-26]. Dostupné na: http://pokrok.ujep.cz/elektronicka_knihovna/Tvorba_e-learningovych_kurzu.pdf
- [9] NOCAR, D. - KOPECKÝ, K. 2004. Různé úrovně využití ICT k učení se, především v DiV. In *XXII. mezinárodní kolokvium o řízení osvojovacího procesu*. [on line]. 2004. [cit. 2011-11-17]. Dostupné na: <<http://www.cdív.upol.cz/www/Konference/Vyskov/Nocar-Kopecky.pdf>>
- [10] PALÁN, Z. 2002. *Základy andragogiky*. [on line]. Praha : Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 207 s. [cit. 2011-12-27]. Dostupné na:<http://sstanleys.sweb.cz/Zaklady_andragogiky.pdf> ISBN [neuveďené]
- [11] PALKOVÁ, Z. – BELÁKOVÁ, T. – OLEJÁR, M. 2008a. *E-learning a prostriedky IKT v tradičných formách vzdelávania v podmienkach slovenských univerzít*. In *Sieťové a informačné technológie 2008 - SIT 2008*. [on line]. Nitra : SPU v Nitre, Fakulta ekonomiky a manažmentu. Zborník príspevkov z celoškolského seminára s medzinárodnou účasťou. 2008. ISBN 978-80-552-0024-8. s. 89-93. [cit. 2011-11-21]. Dostupné na: <http://www.fem.uniag.sk/sit2008/zbornik/zbornik.pdf>
- [12] PALKOVÁ, Z. – BELÁKOVÁ, T. – OLEJÁR, M. 2008b. *E-learning s podporou fondov EU a grantových schém*. In *Klady a zápory e-learningu na menších vysokých školách, ale nejen na nich*. [on line]. Praha : Soukromá vysoká škola ekonomických

- studii, s. r. o. 2008. ISBN 978-80-86744-76-6. s.162-169. [cit. 2011-11-21]. Dostupné na: http://www.svses.cz/projekty/konference/e_learn/sbornik_%203153.pdf
- [13] PELTÁK, E. 2008. *Pedagogicko – didaktická práca učiteľa*. [on line]. Nordersted : Grin Verlag, 2008. 68 s. ISBN 978-3-640-13529-5. [cit. 2011-12-29]. Dostupné na: <http://books.google.sk/books?id=10cVAxweQ7YC&pg=PA16&dq=Modern%C3%AD+pedagogika&hl=sk&sa=X&ei=03QIT4yHJ4vHtAbirZWCDw&ved=0CEMQ6AEwBA#v=onepage&q=Modern%C3%AD%20pedagogika&f=false>
- [14] POKORNÁ, A. 2007. *Úloha e-learningových nástrojov a podpory e-vzdelávania v ošetrovatel'stve*. In Ošetrovatel'stvo. Teória, výskum a vzdelávanie. [on line]. Čáp, J.-Žiaková, K. [editori]. Martin : UK Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007. ISBN 978-80-88866-43-5. s. 411- 415. [cit. 2011-12-29]. Dostupné na: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2007.pdf
- [15] PRŮCHA, J., MÍKA, J.: 2000. *Distanční studium v otázkach*. Praha : NDV – Centrum pro studium vysokého školství. 39 s. ISBN 80-86302-16-4.
- [16] TUREK, I. 2008. *Didaktika*. Bratislava : Iura Edition, 2008. 595 s. ISBN 978-80-8078-198-9.
- [17] VÁVRA, A. - PECHANEC, V. – ŠEFLOVÁ, J. 2011. *Výuka distanční formou – e-learningové kurzy o aktuálních problémech klimatu*. In Envigogika. [on line]. ISSN: 1802-3061. 2011/VI/1. [Ed. 2011-05-05]. [cit. 2011-12-20]. Dostupné na: <http://envigogika.cuni.cz/index.php/cz/recenzovane-clanky/2011/envigogika-2011vi1/457-vyuka-distančni-formou-e-learningove-kurzy-o-aktualních-problémech-klimatu>
- [18] ZLÁMALOVÁ. H. 2002. *Principy distanční vzdělávací technologie a možnosti jejího využití v pedagogické praxi na technických vysokých školách*. In TeleLearning. Podpora tvořivého využívání Internetu v technických předmětech. Projekt rozvojového programu MŠMT Podpora rozvoje učitel'ských vzdělávacích programů... [on line]. [upd. 2002-29-10]. [cit. 2012-01-01]. Dostupné na: <http://icosym.cvut.cz/telel/> .
- [19] ZLÁMALOVÁ. H. 2006. *Distanční vzdělávání a eLearning*. Učební text pro distanční studium. [on line]. Praha : Vysoká škola J. A. Komenského, Národní centrum distančního vzdělávání. 2006. 108 s. ISBN (neuvedené). [cit. 2012-01-01]. Dostupné na: http://www.tykva.net/files/UJAK/MVT/Distančni_vzdelavani.pdf.
- [20] ŽÁČOK, Ľ. SCHLARMANNOVÁ, J. *Multimediálne učebné pomôcky vo vyučovanom procese*. [on line]. s. 138-142. [cit. 2011-06-28]. Dostupné na: <http://www.pulib.sk/elpub2/FHPV/Pavelka1/23.pdf>.

Adresa autora

Mgr. Jana Sedliaková
TU v Trnave, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva
Univerzité námestie 1, 918 43 Trnava
Slovenská republika
E-mail: jana.sedliakova@truni.sk

FROM THE EXPERIENCE IN SPECIALISTS' EDUCATION IN ZHYTOMYR NURSING INSTITUTE

Victor Shatylo

Zhytomyr Nursing Institute

Abstract

This article contains the analysis of experience in specialists' education in Zhytomyr Nursing Institute, and as well of state, prospects and structure of nursing personnel training in Ukraine. The development of nursing as scientific specialty and its implementation prospects.

Key Words

Nursing, multilevel education, scientific researching in nursing, medical experts training.

ZKUŠENOSTI ZE SPECIÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ NA ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE V ŽITOMIRU

Abstrakt

Tento článek obsahuje analýzu zkušeností se speciální výukou na zdravotnické škole v Žitomiru a stav, budoucnost a strukturu přípravy sester na Ukrajině. Zabývá se také ošetrovatelstvem jako vědeckou disciplínou a použitím výsledků v praxi.

Klíčová slova

Ošetrovatelství, víceúrovňové vzdělávání, vědecký výzkum v oblasti ošetrovatelství, příprava zdravotnických specialistů.

Zhytomyr Nursing Institute was founded in 1875 as three year Volyn Province Medical Assistant School.

In 2006 on the basis of medical college, firstly in Ukraine there was founded Zhytomyr Nursing Institute that according to the Ukrainian program of nursing reformation has implemented the transition from the medical model of the specialists' education to the model of multilevel nursing education pursuant to the requirements of international standards.

It was for the first time that in 2008 the Institute proceeded with the intake of students to the MA course with specialty 'Nursing'.

The Institute provides the education of the medical experts for the purpose of satisfaction of demands in practical healthcare at the regional and national levels having deal with 7 certified specialties: Nursing (Nurse), General Medicine (Medical Assistant), Dentistry (Dentist

Hygienist), Obstetrics (Maternity Nurse), Prosthetic Dentistry (Dentalprothetist), Nursing (Nurse with Bachelor's Degree), Nursing (Master in Nursing).

For the time of existence the educational institution has prepared more than 30 thousand of specialists for healthcare system. Annually up to 2.5 thousand of junior medical specialists, bachelors and heads of nursing staff in healthcare institutions upgrade their skills within the post graduate department.

The educational institution has provide all conditions required to arrange the educational process, and as well the creative and scientific work. Teaching and educational process is provided by 253 teachers 47 of which, having the academic degree (20%) including 9 full doctors, 38 PhDs; 67% of teacher staff having the higher and the first category inclusive of 38 teaching methods specialists.

For the last years the Institute team has significantly succeeded in innovative development, upgrading of all educational activity components and implementation of the leading world institutions achievements in the practical training of the specialists.

The Institute's material and technical facilities conform to the requirements of the national and branch-wise standards for specialists' education. There was created the scientific and methodological laboratory standing for the implementation of the scientific researches and scientific & teaching staff training programs; it accommodates the modern rooms equipped with the information technologies and multimedia facilities, thus enabling the creation of the favorable conditions for successful implementation of the innovative technologies in the educational process; congress-center for 650 persons, gym apparatuses halls, medical room for preclinical practical prevention of tooth and oral cavity diseases, preclinical practical surgery, preclinical practical obstetrics, etc. There are 6 computerized rooms provided with access to the Internet and options of on-line work.

The library with reading hall for 100 persons is considered to be the center of informational support of teaching and educational process.

According to the order of the Ministry of Healthcare of Ukraine no. 522/51 dated: 2008-09-12, the Institute is defined as institution responsible for implementation of the multilevel medical education system in Ukraine.

Structure of Nursing Staff Education in Ukraine

I. Junior Specialist – Nurse – Studying period – 3 years

Educational time of the training course is 6,480 hours representing 62 national credits (1 credit is 54 hours), and 93 ESTS credits (1 credit is 36 hours).

The following ratios for cycle based studying of the disciplines are stipulated by curriculum:

- Humanitarian and social & economic disciplines - 972 hours (15%);
- Naturalistic and scientific disciplines – 1,458 hours (22.5 %);
- Occupational-oriented studies, including practical courses – 3,780 hours (58.5%).

II. Nurse – Bachelor’s Degree - Studying period – 1 year

Educational time of the training course is 2,160 hours representing 40 national credits (1 credit is 54 hours), and 60 ESTS credits (1 credit is 36 hours).

The following ratios for cycle based studying of the disciplines are stipulated by curriculum:

- Humanitarian and social & economic disciplines - 378 hours (18%);
- Naturalistic and scientific disciplines – 162 hours (7 %);
- Occupational-oriented studies, including practical courses – 1,620 hours (75%).

III. Master in Nursing - Studying period - 2 years

Complete higher education.

Specialty – Scientific Associate (Nursing, Obstetrics)

Educational time of the training course is 4,644 hours representing 86 national credits.

The following ratios for cycle based studying of the disciplines are stipulated by curriculum:

- Humanitarian and social & economic disciplines - 486 hours (10%);
- Naturalistic and scientific disciplines – 486 hours (10 %);
- Occupational-oriented studies, including practical courses – 3,402 hours (73%);
- Preparation and defense of Master’s Degree Thesis – 342 hours (7%).

To the date the question of approval of ‘Nursing’ specialty as scientific one is being discussed.

Practical involvement of the specialists:

- *Junior Specialist – Nurse* – Nursing duties in the outpatient polyclinic networks, in clinics.
- *Post graduate course for the nurse* by specialized services – special subject courses 3-5 months;
- *Nurse with Bachelor’s Degree* – Main assignment – Nursing duties in medical departments where the narrow specialized medical aid is rendered, and management of the junior medical personnel and nurses in structural units of the multifield hospitals.
- *Masters in Nursing.*

In practical healthcare system:

- Nurses-coordinators shall provide and arrange the post graduate courses, coordinate the activities of the nursing staff in the multifield hospitals;
- Deputy head doctors on nursing items (Head Nurses).

In medical educational institutions – Teachers of clinical disciplines and nursing care courses.

The scientific and research and also publishing activities are considered to be the priority directions of the educational institution activity.

According to the scientific and research working plan, the Institute officers perform 40 dissertation researches including 5 dissertations for academic degree of Full Doctor in Medicine. For the last three years, the Institute officers have defended 12 dissertations inclusive of 2 Full Doctor's Degree Theses and 10 PhD Theses.

Following the results of the scientific and research works the Institute annually publishes more than 300 printed scientific products: monographs, articles in the scientific and occupational-oriented editions, methodical recommendations and instructions, textbooks, know-how, patents, etc. During the year the researchers of the Institute have made 250 reports at the scientific forums of international, national and regional levels.

Annually, the national-wide scientific and practical conferences 'Higher Education in Nursing', 'Management in Nursing' and 'Family Medicine' are held on the basis of the Institute.

Working out and scientific justification of the nursing development in Ukraine are considered to be the specific features of the scientific researches performed by the Institute.

The main directions of the scientific researches performed by the masters have been as follows:

- The scientific researches of the staff training process improvement problems;
- The scientific development of the nursing theoretical and organizational fundamentals, standards of the nursing services rendering;
- The scientific justification of the diagnostic & treatment and preventive aid, the most efficient forms of the nursing activities and the nursing involvements;
- The scientific justification of the nurses' functions division based on thereof education level, and division of the medical aid rendering steps.

The ministry of justice has registered the national-wide magazine 'Master in Nursing' and 'Bulletin of Zhytomyr Nursing Institute' established by the Institute of the same name.

For implementation of the modern education methods and high occupational level of junior medical specialists, the educational institution was recognized by Ukrainian Business Assembly as laureate of the national-wide competition 'Superior Quality' with awarding of High-Quality Mark.

Following the results of the scientific and pedagogical activities in 2011 and significant contribution to the development of Ukrainian healthcare image, Zhytomyr Nursing Institute was awarded with the letter of commendation issued by the Committee of Supreme Council of Ukraine on healthcare items, the Ministry of Healthcare of Ukraine, National Academy of Medical Sciences of Ukraine, and commemorative medal 'For Nation Healthcare' of the Committee of Supreme Council of Ukraine.

The international cooperation is also considered to be as crucial direction of the Institute's activity.

We are greatly thankful to colleagues from Rzeszow University (Poland) for the possibility of taking part in the scientific forums, and hereby hope for the further fruitful cooperation within scientific and educational spheres.

Let us sincerely greet the participants of this forum and thank to the hosts for possibility of taking part in it.

Zhytomyr Nursing Institute is opened for the cooperation and we hope that there shall be a chance for us to welcome the distinguished guests at the conferences held in Ukraine.

MODELOVANIE EMÓCIÍ V KONTEXTE SEBAREALIZÁCIE ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA

Iveta Schusterová

FF UK TU v Trnave, Katedra psychológie

Abstrakt

Práca s emóciami je dôležitou súčasťou profesionálnych kompetencií zdravotníckeho pracovníka. Práca zdravotníka si vyžaduje trpezlivosť, pozitívny vzťah k ľuďom a záujem o druhých ľudí. Preto je potrebné primerane regulovať svoje prežívanie a správanie voči pacientom. Emocionálna sebaregulácia je založená na dvoch stratégiách, ktoré sú predpokladom pracovnej spokojnosti, sebarealizácie pri výkone povolania i celkovej kvality života.

Keľúčové slová

Emocionálna sebaregulácia, spokojnosť, typické pravidlá v ošetrovatel'stve.

THE MODELING OF EMOTIONS IN THE CONTEXT OF HEALTH WORKER'S SELF-REALIZATION

Abstract

Dealing with emotions is an important part of health worker's professional competence. The work of a health worker requires patience, positive approach to and interest in other people. Therefore adequate self-control and regulation of behavior towards patients are necessary for them. Emotional self-regulation is based on two Emotional labor strategies, which form prerequisite for the work-related satisfaction and self-realization, and overall quality of life.

Key words

Emotional self-regulation, satisfaction, typical rules of nursing, feeling rules.

Úvod

Práca zdravotníckych pracovníkov sa okrem odborných a manuálnych zručností, špeciálnych diagnostických profesionálnych a preventívnych kompetencií vyznačuje aj tým, že sa pohybujú v zložitej sieti sociálnych vzťahov, ktoré potrebujú zvládnuť, aby sa mohli sebarealizovať vo svojej práci a aby sa zaručila efektivita ošetrovatel'ského procesu smerom k pacientovi a podmienkam zdravotníckeho zariadenia. Pre existenciálne naplnenie a osobný rozvoj zdravotníka je nevyhnutné, aby realizácia človeka v pracovnom výkone bola umocnená vhodnými podmienkami na strane zamestnávateľa i zamestnanca.

Práca v zdravotníctve by mala poskytovať človeku potvrdenie jeho spoločenskej dôležitosti. Sebarealizácia úzko súvisí s pracovnou spokojnosťou. Je to „psychologická kategória, ktorá vyjadruje stránku psychického vyrovnania sa človeka s prácou, jej znakmi

a charakteristikami, je zložitý, individuálne variabilný, široko podmienený, ale pritom univerzálny fenomén, ktorý už niekoľko desaťročí púta pozornosť psychológov., (Kollárik, in Kollárik, Sollárová, 2004, str. 196) a manažérov. Pojem spokojnosť v práci, je obsahovo širší, zahŕňa však komponenty, ktoré pri danej činnosti pôsobia, počnúc osobnostnými kritériami, motivačnými potrebami, hodnotami, aj so základnými fyzikálnymi činiteľmi na pracovisku. Spokojnosť všeobecne vyjadruje aj určitú mieru osobného vyrovnania sa, osobného šťastia a často i mieru osobného prežívania vlastného zaradenia sa v užšom sociálnom rámci. V bežnom ponímaní podľa Kollárika (1986) sa spokojnosť ako taká spája iba s istými psychickými stavmi po dosiahnutí určitých cieľov a nachádza vyjadrenie v uspokojení potrieb človeka. Ako vidno, vzťahuje sa k ďalšiemu psychologickému fenoménu – ku kvalite života. Žiť kvalitný život, znamená byť so svojím životom spokojný. Kvalitný život znamená primerané uspokojovanie svojich potrieb, dosahovanie životných cieľov.

Prepojenosť kvality života so sebarealizáciou nájdeme tiež v definícii Hartla a Hartlovej (2000), ktorý v rámci psychologického poňatia definujú kvalitu života ako mieru sebarealizácie a duševnú harmóniu – teda mieru spokojnosti a nespokojnosti. Frustrácia motivačnej potreby kvality života – sebarealizácie nastáva vtedy, ak človek vykonáva neužitočnú, bezvýznamnú prácu, ktorá je pre neho príliš jednoduchá, alebo naopak veľmi náročná, ak pri nej nemôže, alebo nedokáže uplatniť svoje vedomosti a schopnosti, prípadne u neho absentujú kompetenčné emocionálne zručnosti.

Východiská riešenej problematiky

Kompetentné zvládanie a modelovanie vlastných emócií je u každého iné. Nie je možné hovoriť ani o závislosti na veku, či teoretických poznatkoch, alebo dĺžkou praxe. Jedine ich rozvíjanie je jednou z podstatných podmienok optimalizácie pracovnej činnosti zdravotníka. Emocionálne zručnosti ako súčasť sociálnopsychologických profesionálnych kompetencií zdravotníka, môžeme považovať za predpoklad alebo základ uplatňovania aj iných profesionálnych aktivít (napr. diagnostických, metodických...) Z tohto uhla pohľadu je rozvoj sociálno-emocionálnych zručností reálnou možnosťou rozvoja profesionálnych kompetencií a sebarealizácie ako takej. Vytvárať priestor pre sebarealizáciu zdravotníckeho pracovníka je veľmi dôležité. Aj Krau (1997) upozorňuje, že ak človek upustí od svojich záujmov a životných cieľov a vzdá sa sebarealizácie, zaplatí za to permanentným vyhorením. Klimeková (2007) poukazuje na salutoprotektívnu funkciu sebarealizácie – človek, ktorému ide o sebarealizáciu je ochotný a schopný vydať zo seba často viac, je viac motivovaný a zapálený pre prácu, no upozorňuje aj na fakt, že v prípade neúspechu je takýto človek viac ohrozený psychickým vyhorením. Rogers (in Hall, Lindzey, 1977) podobne hovorí o potrebe sebarealizácie ako o motivačnej sile a životnom ciele, pričom frustrácia tejto potreby môže viesť až k duševným poruchám. Ryff(1989) v rámci hodnôt ľudského potenciálu vyčleňuje šesť dimenzií sebarealizačného procesu, ktoré modifikujeme vzhľadom k profesionálnym nárokom zdravotníckeho pracovníka:

1. Seba-akceptovanie - schopnosť človeka v našom prípade zdravotníka prijať svoje silné a slabé stránky

2. Zmysel života cieľovo orientované správanie ktoré potvrdzuje jeho kvalitu a naplňa život
3. Osobný rast – využívanie a zdokonaľovanie osobného potenciálu pri úspešnom plnení úloh
4. Pozitívny vzťah k druhým smerujúci k obohateniu emocionálnych kompetencií a subjektívne dôležitým vzťahom a interakciám s druhými ľuďmi
5. Znalosť prostredia a zvládanie každodenných výziev života
6. Autonómia vychádzajúca z individuálnej jedinečnosti osobných presvedčení jednotlivca

Naplnenie všetkých dimenzií je zárukou poskytnutia dostatočného priestoru spokojnosti a radosti z práce. Niektorí autori však prednostne vyzdvihujú šiestu dimenziu - autonómiu, ktorá podľa výskumných sledovaní má pozitívny vzťah k pracovnej spokojnosti (Kovner a kol., 2006 a i.). Autonómia vychádzajúca z individuálnej jedinečnosti sa premieta v osobnostných charakteristikách jednotlivca ovplyvňovaných primárnou väzbou, výchovou, ale i ďalšími vonkajšími vplyvmi.

Nezanedbateľné sú tiež mechanizmy, ktoré ju moderujú. Na tieto činitele treba nazerať aj cez vplyvy spoločnosti a celkového spoločenského pohľadu na zdravotníctvo. Z vývinovej psychológie je zrejmé, že pre rozvoj psychických individuálnych vlastností je asi najvýznamnejší sociokultúrny vplyv. Ten predstavuje “súbor podnetov, ktoré obvykle pôsobia v rámci sociálnej interakcie. Ide o tzv. proces socializácie, rozvíjajúci také vlastnosti a kompetencie, ktoré umožňujú postupnú integráciu jedinca do určitej spoločnosti“ (Vágnerová, 2000). Helus (2004) zdôrazňuje osobnostný aspekt, tým, že socializáciu vníma ako „proces utvárania a vývoja osobnosti pôsobením sociálnych vplyvov a jej vlastnými aktivitami, ktorými na tieto sociálne vplyvy odpovedá: vyrovnáva sa s nimi, podlieha im, alebo ich tvorivo zvláda.“ (tamtiež, str.172).

Pre priblíženie sekundárneho socializačného procesu zdravotníckeho pracovníka sa javí najvhodnejší Bandurov model sociálneho učenia vychádzajúci z teórie recipročného determinizmu, ktorý berie do úvahy tri skupiny faktorov ovplyvňujúcich socializačný proces jednotlivca: kognitívne, biologické a iné vnútornostné osobné momenty, správanie a vonkajšie prostredie (Janoušek, 1992). Z každej spomínanej faktorovej úrovne jednotlivec v rámci interakcie (ktorá je podľa Ryffu jednou z dimenzií sebarealizačného procesu) získava dôležité informácie o jeho životnom prostredí. Tieto informácie potom integruje na základe vlastných špecifických charakterových vlastností do svojej osobnosti, svojej jedinečnej životnej situácie. Takto si zdravotnícky pracovník vytvára súbor noriem, hodnôt, presvedčení, návykov, čiže spôsobov ako bežne funguje v každodennom živote i v pomáhajúco orientovanej profesionálnej práci. Pre utváranie uvedených spôsobov fungovania v pomáhajúcich profesiách, zdravotník vychádza z denných sociálnych aktivít: počúvanie, zrkadlenie spätnej väzby, uznanie, povzbudenie, empatia, emocionálne povzbudenie, spolupatričnosť, loajálnosť, organizácia a efektívnosť práce, prosocialita a altruizmus.

Jednotlivé aktivity menia správanie zdravotného pracovníka v dôsledku utvoreného vzťahu k emocionálnemu významu konkrétnych situácií v reálnej ošetrovateľskej praxi. Život

a každodenná prax prináša postupom času mnohé zmeny, ktoré ovplyvňujú nielen naše rozhodovanie v budúcnosti, ale aj emocionalitu. Emocionálny význam prežívaných situácií je tak ovplyvňovaný nielen našou doterajšou skúsenosťou, ale aj naším očakávaním príjemnosti, resp. nepríjemnosti emočných zážitkov osobného významu.

Analýza problému

Permanentne prežívaný tlak v zdravotníckej profesii, vysoká zodpovednosť, náročnosť, ale aj obetavosť pôsobia ako stimuly, ktoré je nutné diferencovať v zmysle rozpoznávania, regulovania a adekvátneho vyjadrovania k nim vzťahujúcich sa emócií (Stuchlíková a kol.,2005). V zdravotníckej profesii nie je totiž možné vyhnúť sa emocionálne náročným situáciám a preto je nevyhnutné naučiť sa v rámci emocionálnych kompetencií vyrovnávať s negatívnymi emóciami, čím sa rozvíja schopnosť regulovať vzrušenie a intencionálne zamerať pozornosť na emocionálne stimuly vhodným primeraným spôsobom. Je nutné podotknúť, že zvládanie emocionálnych zážitkov, je prevenciou syndrómu vyhorenia s ktorým sa stretávame v celom diapazóne pomáhajúcich profesií.

Pacient od zdravotného pracovníka očakáva prejavenie určitých emócií, ktoré majú znížiť jeho psychický distress spojený s ochorením, liečením či zákrokom. Toto očakávanie predpokladá emocionálnu reguláciu, alebo jednoducho ovplyvňovanie emócií ako je nepokoj, hnev, smútok, agresia. Zdravotníci vo vyjadrovaní určitých emócií dodržiavajú počas výkonu pracovného povolania formálne a neformálne očakávania.

V dôsledku toho emócie viditeľné navonok, nemusia byť v súlade s tým, čo v skutočnosti naozaj cítia, dokonca môžu byť v protipóle (Mann,2004). Spomínaný autor hovorí o typických pravidlách pre zamestnancov v ošetrovatel'stve, ktoré nazýva v angl. "feeling rules" (tamtiež, str.208). Sú to pravidlá keď jednotlivec chce vyjadriť emócie, ktoré sú od neho očakávané druhými – pacientami. Zdravotník vyjadruje tieto emócie z toho dôvodu, že ich vníma a považuje za dôležitú súčasť výkonu svojho povolania. Pravidlo ústretových pozitívnych emócií u zdravotníkov je aj v našich podmienkach súčasťou formálnych pracovných požiadaviek.

Narábanie s emóciami je založené na dvoch hlavných stratégiách:

1.Vonkajšie vyjadrovanie emócií.

Regulovanie emócií spôsobom, že neprejavíme vnútorný negatívny emočný zážitok ale zameriame sa na vonkajšie žiadúce prejavenie pozitívnej emócie.

2.Vnútoraná práca s emóciami.

Regulácia je zameraná v snahe dosiahnuť stav, aby jednotlivec cítil požadované emócie. Ak to zvládne, prejaví dané emócie voči pacientovi.

Význam regulovania emócií vyplýva z kognitívneho modelu pacientovej situácie nepohody v chorobe, kedy nie sú natoľko dôležité objektívne okolnosti ako je dôležitý subjektívny zmysel a presvedčenie, ktoré pacient pripisuje svojim udalostiam a obmedzeniam v dôsledku choroby vo svojom živote. Regulovanie a modelovanie emócií sa tu podpisuje pod ľahšie zvládanie symptómov či už dočasného, alebo trvalého ochorenia a nižšou hladinou negatívnej

anticipácie budúcnosti. Napomáha tiež k vyššej miere psychickej pohody a blokuje zvyšovanie negatívnej emócie – úzkosti, ktorá je sprevádzaná podľa Heretika (2007, str. 218) „predtuchou hrozby“. Zručnosť regulovania emócií na strane zdravotníka napomáha k zvyšovaniu sebaúčinnosti nielen na strane zdravotníka, ale aj pacienta.

V súvislosti s regulovaním emócií je aj v laickej verejnosti známe tzv. potlačenie emócií. V kritizovanom i ospevovanom psychanalytickom koncepte Z. Freuda sa spája najmä s neurotickým konfliktom. Cukura (2009) zavádza pojem tzv. emocionálnej deviácie, kedy jednotlivec nevhodné emócie pre daný pracovný výkon vyjadrí navonok tak, ako ich prirodzene cíti. Emocionálna deviácia je okolím často negatívne vnímaná, zhoršuje kvalitu interpersonálnej interakcie a v konečnom dôsledku môže ohroziť samotnú osobu, ktorá ju uplatnila.

V súvislosti s naplnením potreby sebarealizácie pri výkone povolania zdravotníka je dôležitý konštrukt zhoda emócií s klientom, v ktorom sa predpokladá, že zdravotník prirodzene vyjadrí emócie požadované v práci.

Nezodpovedanou otázkou v tomto prípade je únosnosť aktivácie regulačných procesov cítených emócií v prijateľnej miere pre individuálneho jednotlivca – zdravotníka. Vieme totiž že jednotlivci sa v úrovni emocionálnej kompetencie navzájom líšia – v identifikovaní vlastných emócií, v identifikovaní emócií druhých, v regulovaní vzrušenia, v regulovaní znepokojenia, v potláčaní emocionálnych výbuchov, pri vyrovnávaní sa s každodennou frustráciou, pri kontrolovaní agresivity a zručnosti riešiť sociálne problémy. Výskumy Abrahama (1999) a Pugliesi-ovej (1999) poukázali na niektoré negatívne dôsledky s prácou s emóciami. Výsledky potvrdili spojenie medzi vyššou úrovňou práce s emóciami a vyššou úrovňou stresu. Pugliesi-ová (tamtiež) potvrdila, že práca s emóciami sa spája s menšou spokojnosťou pri práci a vyššou úrovňou percipovaného stresu v práci. Nesúlad medzi emocionálnymi zážitkami, ktoré zamestnanec cíti a emóciami, ktoré navonok vyjadruje v dôsledku konformity voči pravidlám vyjadrovania emócií vplývajú negatívne na jeho pracovnú spokojnosť pri výkone povolania.

Častá vysoká úroveň vonkajšieho vyjadrovania pozitívnych emócií v rozpore so skutočným prežívaním jednotlivca vedie k emocionálnemu vyčerpaniu a odosobneniu, ktoré sú zastúpené v dimenziách syndrómu vyhorenia. Vonkajšie vyjadrovanie emócií predstavuje vedome regulovanú stratégiu a nesie so sebou určitú psychickú námahu, ktorá sa môže rozličnými faktormi zvyšovať, alebo znižovať. Vyjadrovanie neautentických emócií je často čitateľné aj pacientmi a teda sprevádzané negatívnymi reakciami, pretože emócie sú vyjadrované v 90% neverbálnou komunikáciou.

Záver

Potreba emocionálnych kompetencií pracovníkov v pomáhajúcich profesiách je predpokladom pre pozitívne interpersonálne vzťahy, ktoré sú spojené s prijímaním odlišností v celej sieti sociálnych vzťahov, do ktorých zdravotník vstupuje. Pravidlo ústretových pozitívnych emócií u zdravotníckych pracovníkov si vyžaduje dôsledný empirický výskum, ktorý by zohľadnil kontext výkonu povolania toho ktorého zdravotníckeho pracovníka v podmienkach našej zdravotníckej starostlivosti (Žiaková, E., Musilová, E., Šajterová, Z.,

2010).Víziou výstupu takéhoto výskumného plánu, by bolo lepšie poznanie a narábanie s emocionalitou u konkrétneho zdravotného pracovníka v priebehu výkonu svojho povolania tak, aby nebol ohrozený odosobnením a zníženou pracovnou výkonnosťou.

Literatúra

- [1] Abraham, R. (1999). The Impact of Emotional Dissonance on Organizational Commitment
- [2] Hall, C. – Lindzey, G. (1997). Psychológia osobnosti. Bratislava: SPN.
- [3] Hartl, P. – Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.
- [4] Pugliesi, K. (1999). The consequences of Emotional labor: Effects on Work Stress, Job satisfaction, and Well – being. *Motivation and Emotion*, 23, 2, 125-154.
- [5] Heretik, A. (2007). Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof.
- [6] Helus, Z. (2004). Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče. Praha: Portál.
- [7] Kraus, E. (1997) *The Realization of Life Aspirations Through Vocational Careers*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- [8] Cukur, C., S. (2009). The Development of the teacher Emotional labor Scale (TELS): Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory and Practise*, 9, 2, 559-574.
- [9] Mann, S. (2004). „People-work“: emotion management, stress and coping. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32, 2, 205-221.
- [10] Kollárik, T. (1986) *Spokojnosť v práci*. Bratislava: Práca.
- [11] Kollárik, T. – Sollárová, E. (2004). *Metódy sociálno-psychologickej praxe*. Bratislava: Ikar.
- [12] Kovner, CH. – Brever, C. – Wu, Y. – Cheng, Y. – Suzuki, M. (2006). Factors Associated With Work Satisfaction of Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 1, 71 – 79.
- [13] Stuchlíková, I. (2005). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- [14] Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36, 385 – 398.
- [15] Ryff, C., Singer, B. (1998). The role purpose in life and personal growth in positive human health. In: P. Wong & P. Fry (Eds.) *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 213 – 236). Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- [16] Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- [17] Žiaková, E., Musilová, E., Šajterová, Z. (2010). História inštitucionalizovaného vzdelávania fyzioterapeutov. In: 4. Medzinárodná konferencia Vzdelávanie v nelekárskych odboroch, Bratislava, 3. 12. 2010 [Zborník prednášok]. - Bratislava : SZU, 152-158.

Adresa autorky

Iveta Schusterová, Mgr., PhD.

Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, Katedra psychologie

Hornopotočná 23, 917 01 Trnava, SR

E-mail: ivaschuster@gmail.com

Tel: +421 0903/104 063

OŠETROVATEĽSKÁ DOKUMENTÁCIA AKO SÚČASŤ KVALITY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Zuzana Slezáková¹, Adela Kontrišová²

¹Katedra ošetrovateľstva, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

²DGKS Adela Kontriso, LPH Korneuburg, Rakúsko

Abstract

Knowledge about the quality of healthcare and nursing documentation presents the contribution of Slovakia and Austria in connection with the quality of health services. Starting object of examination was the quality of the content of medical documentation, including the nursing documentation at the geriatric ward in Slovakia and Austria.

File form the nursing documentation at the workplace in Austria and nursing documentation geriatric HINZ on selected geriatric the workplace in Slovakia. Methods of research used content analysis of the documentation, the questionnaire and the likertová range. The results showed that both documents are for the high quality level, guided by the laws and regulations in force in individual countries. The documentation is there significant differences, which we have identified in the following forms: part of the standardized documentation is filling in the form for each patient, form the balance of the income scale Norton and dispensing fluids, the record of the polohovaní of the patient, the nursing plan. In practice, the lack of measurement techniques and evaluation range is not part of the documentation. It also quoted forms are not a part of daily nursing documentation. In a discussion comparing the individual documentation.

Key words

Medical documentation. Nursing documentation. Quality. Healthcare documentation HINZ.

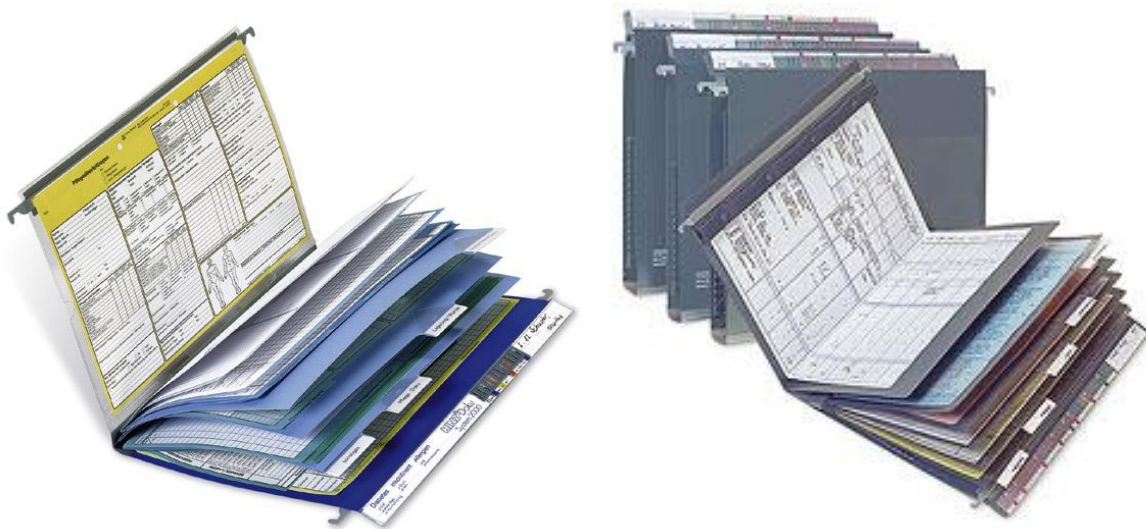
Úvod

Zabezpečenie jednotnej obsahovej štruktúry vedenia zdravotnej vrátane ošetrovateľskej dokumentácie zdravotníkmi pracovníkmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je obsiahnuté na Slovensku v Odbornom usmernení MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS, ktoré bolo vydané 24. septembra 2009 a do platnosti vstúpilo 15. októbra 2009. Ošetrovateľská dokumentácia je samostatný záznam sestier o pacientovi a podľa zákona je neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie. Obsahuje identifikačné údaje, písomnosti, grafy a iné záznamy o pacientovi a poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Poskytuje systematický a kontinuálny prehľad informácií o pacientovi, sprostredkúva dôležitú komunikáciu medzi zdravotníkmi pracovníkmi. Je to doklad, že pacientovi bola poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť „lege artis“ teda v súlade so zákonom. Slúži ako právny doklad pri súdnych sporoch, ako materiál pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý vymedzuje zákon. Ďalej slúži ako

doklad pre vyúčtovanie zdravotnej starostlivosti pre poisťovne. Dokumentácia slúži aj na účely vzdelávania, pre študentov počas súvislej odbornej praxe je zdrojom klinických informácií.

Ošetrovateľská dokumentácia okrem iného uľahčuje písomnú komunikáciu a zlepšuje spoluprácu v tíme. Vytvára podmienky pre samostatnú a tvorivú prácu sestier. Zvyšuje mieru zodpovednosti sestier za svojich pacientov a odstraňuje anonymitu v poskytovaní ošetrovateľských služieb. Je jednou z dôležitých oblastí z rozsahu povinností zdravotníckeho a ošetrovateľského personálu. Iba vďaka uskutočnenej dokumentácii vzniká možnosť spätne sledovať priebeh a intervencie, ktoré sa u pacienta uskutočnili, a tie ďalej môcť porovnávať. Tvorí sa tak databáza informácií pre výskumné účely, ako aj možnosť právne sa chrániť. Kritériá vyplývajúce zo zákona na vedenie komplexnej ošetrovateľskej dokumentácie sú všetkým dostatočne známe. Potreba profesionálneho ošetrovateľstva za posledných desať rokov dramaticky stúpla. Zmena štruktúry obyvateľstva, zavádzanie nových medicínskych technológií, pokusy o znižovanie nákladov v zdravotníctve a narastajúce sebavedomie spotrebiteľov, teda pacientov sa naďalej podieľajú na potrebe kontinuálne zvyšovať profesionálnu úroveň ošetrovateľskej starostlivosti. Zdravotnícki pracovníci môžu zvládať nové trendy len vtedy, ak bude ošetrovateľstvo do budúcnosti účinnejšie a efektívnejšie. Jednou z metód zabezpečujúci rast účinnosti a efektívnosti je tvorba štandardov, štandardizácia ošetrovateľskej dokumentácie, profesionálna komunikácia a rozvoj ošetrovateľstva.

Za veľmi dôležité považujeme, aby sa v tíme k téme dokumentácia venovala dostatočná pozornosť. Ak sa na seminároch spomínajú úspechy a vyzdvihuje sa kvalita dokumentácie, zvyšuje sa aj motivácia jednotlivých členov tímu a ich pocit zodpovednosti.



Obr.: Dokumentácia HINZ (http://www.hinz.de/img/pdf/P037_Dokumappe.pdf)

Cieľ

Zhodnotiť obsahovú úroveň a efektívnosť ošetrovateľskej dokumentácie na geriatrickom pracovisku na Slovensku a v zariadení porovnateľného charakteru v Rakúsku s dôrazom na anamnézu a biografiiu pacienta v ošetrovateľskej dokumentácii, plánovanie a používanie

základných a prídavných elementov dokumentácie v ošetrovateľskej dokumentácii v Rakúsku a na Slovensku.

Metodika a súbor

Prieskum bol realizovaný na oddelení dlhodobo chorých vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou na Slovensku a na geriatrickom oddelení zariadenia pre dlhodobo chorých v Korneuburgu v Rakúsku. Prieskum bol realizovaný v priebehu roka 2010 a bol zložený z dvoch častí. Na zistenie potrebných informácií sme použili dotazníkovú metódu určenú pre personál pracujúci na vybraných oddeleniach, výsledky sme hodnotili podľa Likertovej škály a druhá časť prieskumu bola realizovaná metódou obsahovej analýzy zameranej na zhodnotenie ošetrovateľskej dokumentácie. Obsahová analýza dokumentácie pozostávajúca z 20 otázok identických pre obe pracoviská. Otázky sa týkali základných a prídavných elementov dokumentácie, ich aktualizácie, prehľadnosti dôležitých údajov a metód použitých pri dokumentovaní. Sledovali sme prehľadnosť a efektívnosť dokumentovania, plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti a zber údajov o pacientovi súvisiacich s anamnézou a biografiou pacienta.

Porovnávali sme dva súbory dotazníkov a dva súbory obsahových analýz zdravotných dokumentácií. Pritom sme zároveň vyhodnocovali každý štát samostatne.

Na geriatrickom pracovisku v Rakúsku sme analyzovali 26 ošetrovateľských dokumentácií a rozdali 11 dotazníkov medzi respondentov, ktorí bol tvorení zdravotníckym a ošetrovateľským personálom. Návratnosť a hodnotiteľnosť bola 100%. Na oddelení dlhodobo chorých (ďalej len „ODCH“) vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou na Slovensku sme analyzovali 22 ošetrovateľských dokumentácií a rozdali 11 respondentom dotazníky, ktorých návratnosť bola 100%.

Z demografických parametrov vyplynulo, že na oddelení dlhodobo chorých v Slovensku pracujú sestry a ošetrovateľský personál vekovo starší v porovnaní s Rakúskom, kde vo veku nad 51 nepracuje nikto ako ošetrovateľský personál. (pozri výsledky tabuľky 2).

Výsledky

Pracovné zaradenie je dôležitým indikátorom pri zisťovaní štruktúry a hierarchie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Z grafu 2 možno vyčítať, že rozdelenie funkcií na pracovisku na Slovensku a v Rakúsku nie je rovnaké. Spoločným prvkom je jedna sestra manažérka na každom pracovisku. V čom sa však systém líši, je počet a kvalifikácia sestier. Na pracovisku ODCH je 73% sestier a 18% zdravotníckych asistentov, čo predstavuje pomer 8:2. V Rakúsku je členenie personálu rozšírené o jednu funkciu, pričom zákon presne definuje kompetencie jednotlivých pozícií. Pozícia diplomovanej sestry v Rakúsku je oproti sestre na Slovensku posilnená, pretože sa venuje len činnostiam, ktoré pracovníci s nižšou kvalifikáciou vykonávať nemôžu. Výrazný rozdiel je nielen v zodpovednosti, ale aj v platovom ohodnotení. Zaujímavým indikátorom je aj veková štruktúra tab.č.2a.

Tab. č. 2: Pracovné zaradenie

Slovensko			
a	sestra manažérka	1	9%
b	sestra	8	73%
c	zdravotnícky asistent	2	18%

Rakúsko			
a	STL	1	9%
b	DGKS/DGKP	4	36%
c	PH	5	45%
d	Abteilungshilfe	1	9%

STL = Stationsleitung (sestra manažérka), DGKS/DGKP = diplomovaná sestra,

PH = Pflegehelfer (nižší zdravotnícky pracovník), Abteilungshilfe (pomocný zdravotnícky pracovník)

Tabuľka č. 2a: Veková štruktúra

Slovensko			
a	18-30	2	18%
b	31-40	1	9%
c	41-50	1	9%
d	51-viac	7	64%

Rakúsko			
a	18-30	4	36%
b	31-40	3	27%
c	41-50	4	36%
d	51-viac	0	0%

Pri porovnávaní veku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na Slovensku a v Rakúsku sme zistili výrazný rozdiel. Potvrdilo to naše predpoklady, že v zdravotníctve na Slovensku dominujú staršie sestry. Až 64% sestier je starších ako 51 rokov, pričom v Rakúsku, naopak, je veková hranica zdravotníckych pracovníkov výrazne nižšia. 63% pracovníkov je vo veku do 40 rokov. Je to globálny problém a výsledok politiky ľudských zdrojov. Na Slovensku chýbajú mladé sestry, je to odraz skutočnosti, že podľa štatistík až 80% absolventov ošetrovateľstva a zdravotníckych štúdií nepracuje v zdravotníctve. Postavenie sestier v spoločnosti je podľa európskeho priemeru neporovnateľne vyššie v Rakúsku ako na Slovensku. Aj počet rokov odbornej praxe pracovníkov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť koreluje s predchádzajúcim demografickým údajom o veku zdravotníkov. Na Slovensku má až 73% sestier odpracovaných viac ako 21 rokov odbornej praxe. V Rakúsku je vyšší podiel mladých ľudí, z ktorých 36% má odbornú prax do 5 rokov, 18% medzi 6–10 rokmi a 45% zdravotníckych pracovníkov má odbornú prax v počte rokov 11–20. Viac ako 21 rokov praxe nemal na pracovisku v Rakúsku nikto. Tento fakt ovplyvňuje aj spoločenská situácia a fakt, že ak si to finančná situácia v rodine dovoľuje, zostávajú ženy v Rakúsku po materskej dlhšie doma a starajú sa o deti a domácnosť a až neskôr začínajú pracovať. Majú teda menej odpracovaných rokov. Druhým rozdielom je veľmi bežná rekvalifikácia v Rakúsku. Mnoho ľudí absolvuje školu pre nižších zdravotníkov (Pflegehelfer) až v strednom veku, a tým je na rozdiel od Slovenska zabezpečený neustály prílev nových pracovných síl do zdravotníctva.

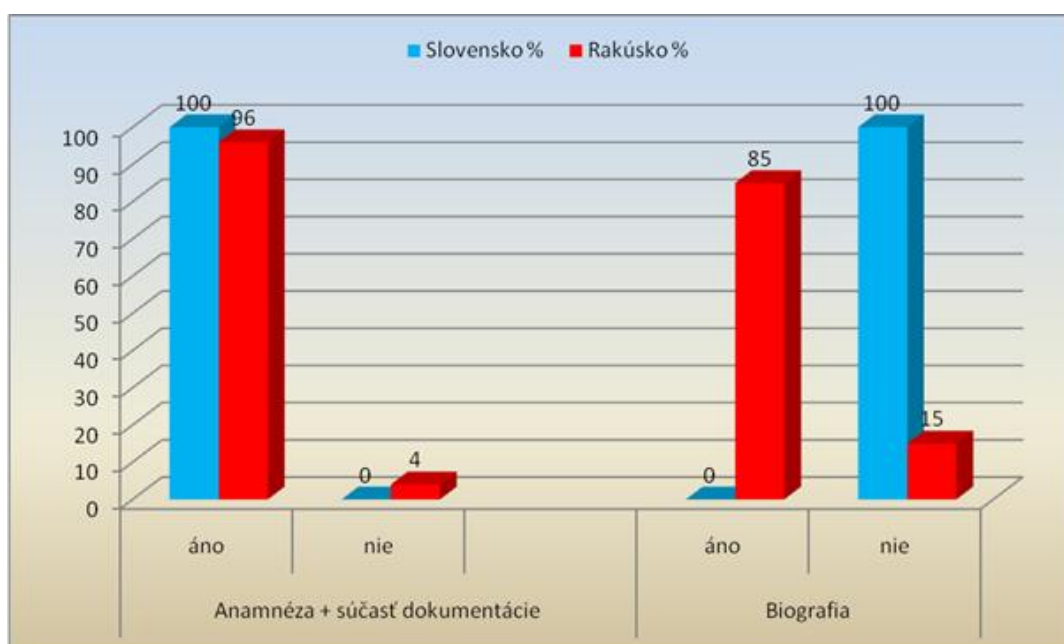
Tabuľka č. 3: Komparácia podľa rokov praxe u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Slovensko				Rakúsko			
a	0-5r	2	18%	a	0-5r	4	36%
b	6-10r	0	0%	b	6-10r	2	18%
c	11-20r	1	9%	c	11-20r	5	45%
d	21-30r	2	18%	d	21-30r	0	0%
e	31-viac	6	55%	e	31-viac	0	0%

Uvedené demografické výsledky sme prezentovali z dôvodu lepšieho pochopenia celkových výsledkov.

Vo výsledkoch priblížime najzaujímavejšie výsledky týkajúce sa postoja sestier k ošetrovateľskej dokumentácii a výsledkov obsahovej analýzy dokumentácie z pracoviska na Slovensku a v Rakúsku a ich vzájomná komparácia. V ošetrovateľskej dokumentácii v Rakúsku sa kladie väčší dôraz na anamnézu a biografiu pacienta ako v ošetrovateľskej dokumentácii na Slovensku. Na Slovensku bola anamnéza odobratá u všetkých pacientov bez výnimky, v Rakúsku chýbala u jedného novoprijatého pacienta. Pri výsledkoch Slovensko 100%, Rakúsko 96% môžeme skonštatovať, že na oboch pracoviskách je odobratie anamnézy štandardným postupom pri prijímaní pacienta na oddelenie pričom táto je stálou súčasťou dokumentácie aj na pracovisku na Slovensku, aj na pracovisku v Rakúsku.

Ďalej sme zistili, že plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti je viac prepracované v dokumentácii HINZ v Rakúsku ako v ošetrovateľskej dokumentácii na Slovensku. A to konkrétne v bodoch, výskyt sesterských diagnóz v dokumentácii, ich formulácia podľa NANDA klasifikácie, vypracovanie ošetrovateľského procesu u pacienta, jeho pravidelné prehodnocovanie a kontrola (graf.1). V prípade štandardov integrovaných v dokumentácii vyšli rovnaké výsledky pre obe pracoviská.



Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že záznam o vykonaných ošetrovateľských činnostiach, záznam z vizity a záznam o meraných VF sa nachádza zhodne v dokumentácií na Slovensku aj v Rakúsku, ale podrobný záznam o polohovaní a záznam o prijme tekutín sa nachádza len v dokumentácií v Rakúsku. Zistili sme, že na Slovensku sa na rozdiel od Rakúska základné a prídavné elementy dokumentácie realizované formou protokolov alebo formulárov nenachádzajú .

Zhrnutím výsledkov môžeme konštatovať, že systém zdravotnej dokumentácie HINZ používaný na pracovisku v Rakúsku je na porovnateľnej úrovni ako v zdravotnej dokumentácii na Slovensku, pričom v každej sa nachádzajú určité špecifiká, v niektorých sú lepšie, v iných horšie. Systém zdravotnej dokumentácie HINZ nie je pre sestru jednoznačne prehľadnejší ako dokumentácia používaná na Slovensku. Efektívnosť oboch systémov dokumentácií je porovnateľná.

Ďalej sme zisťovali záujem sestier o rozvíjanie vedomostí, zručností a o odborné semináre v súvislosti s ošetrovateľskou dokumentáciou. Záujem o zvyšovanie kvality a vlastnej odbornosti predstavuje celých 100% v Rakúsku, na Slovensku len 45%, pričom ďalších 45% sestier na Slovensku skôr nemá, alebo dokonca rozhodne nemá záujem o odborné semináre na tému Ako správne dokumentovať. 82% sestier z Rakúska má záujem o odborný seminár zameraný na prácu s počítačom, na Slovensku je to 72%.

Diskusia

Na základe prieskumu a obsahovej analýzy dokumentácie na Slovensku a v Rakúsku môžeme zhodnotiť, že jednotlivé dokumentácie sa líšia. Obsahom sú si síce podobné, ale majú úplne inú štruktúru. Na základe komparácie uvádzame len rozdiely. Rozdiely môžeme zhrnúť do nasledovných oblastí:

- Pri prijme v Rakúsku pacient, alebo ak nie je spôsobilý, tak príbuzný sprevádzajúci pacienta automaticky vyplní formulár na biografiu, pričom na Slovensku sa jej veľký význam neprikladá. Pričom tieto informácie považujeme za veľmi potrebné. Pomáhajú sestre lepšie identifikovať motívy správania pacienta, jeho reakcie a má vďaka nim možnosť zabezpečiť individuálny prístup k pacientovi.
- Súčasťou štandardizovanej dokumentácie v Rakúsku je vyplnenie formuláru Norton scale u každého pacienta. Význam nie je len v zistení, či pacienta treba polohovať, ale aj aký typ matrace je preňho vhodný a potrebný. Na Slovensku v praxi chýbajú meracie techniky a posudzovacie škály.
- Zaujímavosťou je, že sestry si značia bilanciu príjmu a výdaja tekutín u pacienta na hárok, ktorý je síce dostupný na oddelení, ale zároveň nie je súčasťou dokumentácie. Vychádzajú z faktu, že vzhľadom na to, že dokumentácia je určená tak pre lekárov, ako aj pre sestry, a preto nie je vždy k dispozícii na oddelení. Preto považujú za praktickejšie, zapisovať údaje počas dňa na extra záznam, pričom suma bilancie sa na konci služby zapisuje do dokumentácie. Následne sa však nedá zistiť, v akom čase, aké množstvo a aký druh tekutín pacient prijal. Tieto informácie sú dôležité najmä u pacientov s poruchou príjmu tekutín, dehydrovaných pacientov, u pacientov s demenciou alebo pri

nechutenstve. Z analýzy záznamov sa niekedy dá určiť, ktoré nápoje pacient preferuje, a tým prispieť k zvýšeniu príjmu tekutín u pacienta.

- Ďalší rozdiel vidíme v polohovaní pacienta, resp. v záznamoch o polohovaní pacienta. Na oddelení ODCH sú záznamy o polohovaní uvedené v dekurznom hárkku medzi ošetrovateľskými záznamami formou zápisu, že pacient bol polohovaný, s uvedením času a číslom štandardu. Na rozdiel od dokumentácie HINZ, kde sa pre polohovanie používa samostatný hárok, obsahujúci nielen údaje o čase polohovania, ale aj o polohe pacienta. Krížikom sa zaznačí do preddefinovanej tabuľky strana, na ktorej pacient leží (30° vpravo, 30° vľavo, na chrbte, vpravo, vľavo), realizáciu potvrdzuje podpis zdravotného pracovníka. Detailné informácie o presnej polohe pacienta slúžia napr. vtedy, ak vieme, že pacient niektorú stranu zle toleruje, udáva bolesti, alebo je na jednu stranu plegický. Vďaka podrobným informáciám vieme pacientovi zvýšiť komfort, a tým prispieť k zvýšeniu kvality života. Na Slovensku polohovací protokol v dokumentácii absentuje.
- Ošetrovateľský plán je len súčasťou dokumentácie HINZ, v dokumentácii ODCH sa nenachádza. Je to spôsobené rozdielnou legislatívou, pričom Odborné usmernenie MZ SR vo svojich tlačivách vyžaduje len vymenovanie sesterských diagnóz. Tieto boli v dokumentácii ODCH udané kódmi, pričom plné znenie NANDA sesterských diagnóz bol k dispozícii na oddelení. Zákon GuKG v Rakúsku vyžaduje plný ošetrovateľský plán obsahujúci podrobne rozpracovanú diagnózu, cieľ a intervencie. Tento je súčasťou každej dokumentácie a je pravidelne prehodnocovaný. Na Slovensku vzniká rozpor medzi realitou a zákonom č. 576/2004Z.z. o zdravotnej starostlivosti sa podľa § 2 odsek 13 uvádza: „Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe.“
- Záznam o opatreniach obmedzujúcich slobodu je právny dokument vyplývajúci zo zákona v Rakúsku. Na Slovensku na ODCH sa v dokumentácii nenachádzal.
- Záznam o fyzioterapii sa taktiež nachádzal len v HINZ dokumentácii. V Rakúsku je liečba fyzioterapiou veľmi rozšírená a prikladá sa jej veľký význam. Absolvuje ju vysoké percento pacientov. Je zameraná nielen na pacientov už s existujúcim postihnutím, príp. obmedzením, ale v porovnaní so Slovenskom sa v Rakúsku kladie výrazne väčší dôraz na prevenciu.
- Ďalším rozdielom je celistvosť dokumentácie. Na ODCH sú všetky hárky, formuláre, lekárske správy a výsledky v jednej mape, pričom v Rakúsku je dokumentácia rozdelená do troch máp podľa aktuálnosti a frekvencie používania. Hlavná mapa pacienta, mapa so založenými lekárske správy a výsledkami a celkové dosky pacienta s neaktuálnymi hárkami.
- Na ODCH je v dokumentácii *čestné prehlásenie*, že údaje o *poistovní*, ktoré pacient uviedol, sú pravdivé a pod. V Rakúskej dokumentácii sa nenachádzajú, aj keď v Rakúsku je právne povedomie vyššie ako na Slovensku. Spôsobené je to iným systémom a centrálnou registráciou obyvateľov. Úrady sú poprepájané a občania sú identifikovaní

na základe čísla poistenia, ako je to bežné aj v iných európskych krajinách. Nie je teda možné, aby pacient udal zlé alebo nepravdivé údaje o poisťovni.

→ Pacienti v Rakúsku po prijatí odovzdajú sestre *E-card*, je to čipová kartička, na ktorej sú nahraté údaje o pacientovi a lekárske záznamy. Na Slovensku pacient kartičku poistenca predloží sestre a necháva si ju u seba. Systém elektronických čipových kariet na Slovensku zatiaľ nefunguje, ale je v štádiu príprav e-health projektu.

ZÁVER

Súčasný ošetrovateľstvo si vyžaduje poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ku ktorému patrí aj efektívne vedenie ošetrovateľskej dokumentácie. V rámci transformácie zdravotníckych zariadení, reforiem a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je dôležité neustále kontrolovať pracovné postupy, zavádzať zmeny a potrebné metódy s cieľom znižovať riziká, a tým aj zvyšovať kvalitu poskytovaných zdravotníckych služieb. Hodnotenie a zvyšovanie kvality zdravotníckej starostlivosti predstavuje veľmi zložitý problém. Napriek tomu nemôžeme pochybovať o tom, že kvalite je potrebné venovať trvalú pozornosť, aby poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť prinášala pacientom maximálny úžitok.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- [1] Farkašová D. a kol.: 2005. *Teória ošetrovateľstva*, Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4
- [2] Homolová V., Niehörster G.: 1997. *Pflegedokumentation*, , Vincentz Verlag, Hannover, ISBN 3-87870-087-3
- [3] Jennings E.: 1961. The anatomy of leadership. *Management of Personnel Quarterly*, 1961
- [4] Šeclová, S. a kol.: 2002. Průvodce ošetrovateľskou dokumentáciou od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 307 s.
- [5] Vašátková I.: 2011. *Ošetrovateľská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: Mikada, 2001. 127 s.
- [6] Žiaková K. et al: 2009. *Ošetrovateľská teória a vedecký výskum*, Martin: Osveta, 2009, 323 s. ISBN 80-8063-304-2
- [7] Odborné usmernenie MZ SR pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii č. 16138-2/2004-OO z 2.8.2004
- [8] Odborné usmernenie MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, č. 07594/2009 – OZS z 24. 9. 2009 s platnosťou od 15.10.2009
- [9] Rámcový štandard MZ SR štandard č. 2: Štruktúra a vedenie ošetrovateľskej dokumentácie
- [10] Zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Kontaktná adresa:

Doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, n.o

Katedra ošetrovateľstva

Nám. 1. Mája

811 00 Bratislava

e-mail: zuzana.slezakova@health.gov.sk

MODERNÉ TRENDY OŠETROVATEĽSTVA V PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ

Andrea Solgajová, Gabriela Vörösová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Celosvetovým trendom v ošetrovateľstve je zameranie ošetrovateľskej diagnostiky a starostlivosti pre oblasť podpory zdravia a pocitu blaha. Uplatnenie klasifikačných systémov Nursing Intervention Classification (NIC) a Nursing Outcomes Classification (NOC) v prepojení s ošetrovateľskou diagnózou - Nedostatočné vedomosti je veľmi špecifické a prinášajúce pozitívny efekt. Použitie klasifikačných systémov v starostlivosti o pacientov s kardiovaskulárnym ochorením vytvára sestram priestor pre objektívne zmapovanie úrovne vedomostí pre správny manažment ochorenia. Cieľom výskumu bolo zhodnotiť vedomosti u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením o procese choroby, liečebnom režime a diéte, porovnať vedomosti o liečebnom režime v opakovaných meraniach u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením. Výsledky potvrdili, že úroveň vedomostí v oblasti liečebného režimu bola nižšia ako úroveň vedomostí o procese choroby a diéte. Použité vybrané súbory z klasifikačných systémov ošetrovateľstva sa javia ako efektívny nástroj v sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení a pre zabezpečenie správneho manažmentu kardiovaskulárnych ochorení nielen zo strany zdravotníkov ale aj zo strany samotného pacienta.

Kľúčové slová

Nedostatočné vedomosti. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva. Kardiovaskulárne ochorenia. Prevencia. Ošetrovateľská diagnostika.

MODERN TRENDS OF NURSING IN PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Abstract

The worldwide trend in nursing is the focus of nursing diagnosis and care on health and well-being promotion. Application of the Nursing Interventions Classification (NIC) and the Nursing Outcomes Classification (NOC) for the nursing diagnosis Deficient Knowledge is very specific and brings positive effects. The use of the classification systems in care for patients with cardiovascular diseases provides nurses with space for objective mapping of the knowledge levels for accurate disease management. The objectives of the research were to evaluate knowledge in the patients with cardiovascular diseases on disease process, treatment regimen, and diet; and to compare knowledge on treatment regimen in repetitive measurements in the patients with cardiovascular diseases. The results showed that the levels of knowledge on treatment regimen were lower than the levels of knowledge on disease

process and diet. The used sets from the nursing classification systems are suggested as an effective tool in prevention of cardiovascular diseases, and for providing accurate management of cardiovascular diseases by healthcare professionals as well as by patients themselves.

Key words

Deficient knowledge. Nursing classification systems. Cardiovascular diseases. Prevention. Nursing diagnosis.

Príspevok bol podporený grantovou agentúrou APVV (Grant číslo APVV-0532-10 „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovatelstve“).

Úvod

Vplyvom modernizácie vo svete rapídne narastá úroveň vedomostí, inovácie a kreatívne postupy aj v oblastiach starostlivosti o zdravie. Systém zabezpečovania kvality starostlivosti s využívaním nových postupov vyžaduje pochopenie systému, stotožnenie sa s ním a jeho implementáciu do starostlivosti. Ošetrovatelstvo ako vedný odbor je do praxe implementované prostredníctvom sestry a jej činností. Činnosti zamerané na podporu zvyšovania vedomostí v súvislosti s cieľom podporiť zodpovednosť za svoje zdravie a aktívnejší prístup k prevencii ochorení patria medzi významné pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Zodpovednosť sestier za starostlivosť a dôraz na ich aktívnu úlohu pri zefektívňovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa stáva základom v súčasnom zdravotníckom systéme.

V manažmente ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami vyžadujúcimi invazívny zákrok je úroveň vedomostí o procese choroby, liečbe ako aj o správnom prístupe k životnému štýlu dôležitým fragmentom úspešnosti celkovej zdravotnej starostlivosti. Je veľmi opodstatnené presné vymedzenie a vyjadrenie činností, ktoré sestry vykonávajú vo vzťahu k potrebe informácií pacienta tak, aby sa dosiahli určité výsledky. Pacienti s kardiovaskulárnym ochorením vyžadujúci si invazívny zákrok sú veľmi nároční na ošetrovateľskú starostlivosť a na edukáciu, zlepšenie sa ukazuje len pozvoľna a po malých krôčikoch, alebo vôbec. Najväčšou snahou zdravotníckych pracovníkov je podporiť pacienta v zodpovednosti za svoje zdravie a k aktívnej spoluúčasti na starostlivosti a liečbe. Významným zdrojom spätnej väzby o úrovni vedomostí v oblastiach liečebný režim, proces choroby a diéta u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením sú meracie nástroje. V súčasnej klinickej praxi na Slovensku je absencia meracích nástrojov pre viaceré ošetrovateľské diagnózy. Jednou z týchto ošetrovateľských diagnóz pre ktorú nie je v našich podmienkach merací nástroj je ošetrovateľská diagnóza – Nedostatok vedomostí.

Klasifikačné systémy ošetrovatelstva predstavujú efektívne nástroje kvality ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré pomáhajú sestre pri rozhodovaní o výbere vhodných intervencií aj v oblastiach podpory zdravia, teda aj v edukácii. Činnosti vo vybraných súboroch

klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií NIC sú založené na dôkazoch. Zviditeľňujú nielen to, čo sestry a iní zdravotnícki pracovníci v ošetrovateľskej starostlivosti robia, ale prostredníctvom vybraných súborov klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC objektivizujú dosiahnuté výsledky u pacienta.

V danom kontexte predstavujeme príspevok, ktorý by mohol prispieť k zefektívneniu starostlivosti o pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami a priniesť viac skúseností s klasifikačnými systémami ošetrovateľstva, ktoré nie sú v našej ošetrovateľskej praxi dostatočne prebádané.

Východiská riešenej problematiky

Srdcové a cievne choroby sú neustále najčastejšími sa vyskytujúcimi ochoreniami. Na tomto negatívnom vývoji sa podieľa predovšetkým nepriaznivý kardiovaskulárny profil obyvateľstva, v ktorom prevláda nevhodný spôsob života, nezdravé stravovanie, nedostatok pohybovej aktivity, nadmerná psychická záťaž, stresové vypätie, nadmerná telesná hmotnosť, nedostatok informácií obyvateľov, o negatívnom dopade týchto nepriaznivých vplyvov, na ich zdravie. Dochádza tak k negatívne dopadu, ktoré sa podieľa na invalidizácii a vysokej úmrtnosti obyvateľstva.

V každom historickom období ľudských dejín boli niektoré choroby dominujúce. V staroveku mor, začiatok minulého storočia bol poznačený tuberkulózou. Hlavným problémom súčasnej doby sú civilizačné choroby, na ktorých vzniku sa podieľajú mnohé činitele a zlá životospráva. K civilizačným chorobám patria najmä - kardiovaskulárne ochorenia, diabetes, obezita (Murgová 2006).

Srdcovo-cievne (kardiovaskulárne) ochorenia tvoria skupinu ochorení, ktoré postihujú srdce a cievy. Srdcovo-cievne ochorenia stále vedú v rebríčkoch hlavnej príčiny úmrtnosti celosvetovo aj na Slovensku. Preto je veľmi dôležité poznať rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú rozvoj týchto chorôb. Kombinácia viacerých faktorov u jedného človeka zvyšuje riziko ochorenia. Slovenská republika patrí medzi krajiny s vysokým rizikom kardiovaskulárnych ochorení. Belgicko, Francúzsko, Grécko, Taliansko, Luxembursko, Španielsko, Švajčiarsko, Portugalsko patria medzi naše obľúbené dovolenkové destinácie. Zaslúžia si však našu pozornosť aj z iného dôvodu, patria totiž medzi krajiny s nízkym kardiovaskulárnym rizikom (Sedláková, 2009).

Slovákom patrí miesto na opačnej strane, teda medzi krajinami s vysokým kardiovaskulárnym rizikom. Polovica všetkých úmrtí v Európskej únii je kardiovaskulárneho pôvodu. Rovnaký trend je aj na Slovensku a v nasledujúcich rokoch sa bude zhoršovať. Prognóza Svetovej zdravotníckej organizácie urobená na základe epidemiologických údajov na rok 2020 má šokujúci záver. Koronárna choroba srdca bude najfrekvencovanejším ochorením. Kým v roku 1990 jej z hľadiska výskytu patrila piata priečka, do roku 2020 dosiahne prvenstvo. Už niekoľko desaťročí je známy fakt že rizikové faktory neohrozujú človeka samostatne, každý zvlášť, ale sa združujú. A tieto majú tú nepríjemnú vlastnosť, že čím ich je viac, tým viac sa zvyšuje nielen kardiovaskulárna chorobnosť, ale aj úmrtnosť. Jednotlivé rizikové faktory sú po medicínskej stránke veľmi dobre preštudované a odborníci dokážu vyjadriť predpoklad

vzniku ochorení. Napríklad porucha metabolizmu tukov zvyšuje riziko kardiovaskulárnych ochorení takmer dvojnásobne (Murgová, 2006).

Po medicínskej stránke sa lekári snažia nie liečiť jednotlivé rizikové faktory, ale snažia sa ich ovplyvniť pozitívnym smerom. *„cieľom nie je liečiť cholesterol, hypertenziu a iné rizikové faktory sami osebe, ale naším konečným cieľom je predĺžiť ľudský život a zlepšiť kvalitu života pacientov“* uvádza Filipová (2004, s. 172). Pokiaľ je to možné, najideálnejšou cestou je zabrániť vzniku srdcových a cievnych komplikácií, ktoré už predstavujú výrazné zníženie kvality života.

Uplatnenie koncepcie podpory zdravia v ošetrovateľskej praxi je zakomponované v taxonómii ošetrovateľských diagnóz, konkrétne v NANDA taxonómii. Diagnózy pre podporu zdravia sú charakteristické tým, že opisujú správanie na úrovni zdravia jednotlivca, rodiny alebo komunity, ktorí sú ochotní zlepšiť ho, cielene a premyslene pristupujú k svojmu zdravotnému stavu.

Podľa Borikovej a Tomagovej (2008) nám použitie ošetrovateľských diagnóz zameraných na podporu zdravia s popisom motivačného správania súvisiaceho so zdravím pomáha dosiahnuť ciele na posilnenie zodpovednosti a kompetencií pri rozhodovaní sa o vlastnom zdraví, na zvýšenie kontroly nad zdravotným stavom, na prevenciu ochorení a ich komplikácií.

Bašková (2009) uvádza, že východiskom výberu ošetrovateľských intervencií k skupine diagnóz na podporu zdravia poskytuje klasifikácia ošetrovateľských intervencií (Nursing Interventions Classification) (NIC). *„Za významnú ošetrovateľskú intervenciu k tomuto typu diagnóz s pokladá edukácia“* uvádza Bašková (2009, s. 16).

Pre ošetrovateľské diagnózy podporujúce zdravie je podľa odporúčania Ackley a Ladwig (2008) možné použiť vybrané súbory klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií Nursing Intervention Classification (NIC): Učenie: proces choroby 5602, Učenie: individuálne 5606.

Pre ošetrovateľské diagnózy podporujúce zdravie je podľa odporúčania Ackley a Ladwig (2008) možné použiť vybrané súbory klasifikačného súboru výsledkov ošetrovateľstva Nursing Outcomes Classification (NOC): Vedomosti: diéta 1802, Vedomosti: proces choroby 1803, Vedomosti: liečebný režim 1813.

Analýza problematiky

Kardiovaskulárne ochorenia predstavujú závažný problém spoločnosti, ktorá je v súčasnosti na vzostupe a postihuje čoraz viac mladšiu generáciu. Úloha ošetrovateľstva je stupňovito rozdelená od edukácie až po starostlivosť v plnom rozsahu. V prevencii ochorení zohráva veľmi dôležitú úlohu. Celosvetovým trendom v ošetrovateľstve je zameriavať pozornosť na problémy – ošetrovateľské diagnózy súvisiace s podporou zdravia a pocitu blaha. K moderným trendom ošetrovateľstva patria klasifikačné systémy ošetrovateľstva, ktoré predstavujú efektívne nástroje kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Otázky klasifikačných systémov patria do oblastí ošetrovateľstva, v ktorých je vytvorené dostatočné miesto pre realizáciu výskumu. Teoretickými zdôvodneniami sme dospeli k poznaniu, že sekundárna prevencia kardiovaskulárnych ochorení vyžaduje zvýšenie zdravotného uvedomenia

pacientov s akútnym infarktomyokardu a angínou pectoris o liečebnom režime, diéte a procese choroby, čo predstavuje východisko pre výskumnú časť práce. Zamerali sme sa na použitie vybraných klasifikačných systémov ošetrovateľstva v sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení.

Ciele

Z pohľadu ošetrovateľstva ako vyvíjajúcej sa vednej disciplíny je ošetrovateľská prax otvorená zmenám. Uplatnenie klasifikačných systémov v prepojení s ošetrovateľskou diagnózou nedostatočné vedomosti u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením je veľmi špecifické a prinášajúce pozitívny efekt. Použitie klasifikačných systémov ponúka sestрам priestor pre objektívne zmapovanie úrovne vedomostí v jednotlivých oblastiach (proces choroby, liečebný režim a diéta). Cieľom príspevku je zhodnotiť vedomosti u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením o procese choroby, liečebnom režime a diéte a porovnať vedomosti o liečebnom režime v jednotlivých meraniach u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením.

Na základe zdôvodnení, ktoré uvádzame v predchádzajúcej časti príspevku predpokladáme, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením bude úroveň vedomostí o liečebnom režime nižšia ako o procese choroby a diéte. Zároveň je naším predpokladom aj to, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením v jednotlivých ukazovateľoch vybraného súboru klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva Vedomosti: liečebný režim – 1813 budú výraznejšie rozdiely v opakovaných meraniach ako v hodnotení celkového vybraného súboru.

Súbor a metódy

Výberový súbor tvorilo 60 respondentov. Zaraďujúcimi kritériami respondentov do výberového súboru bola lekárska diagnóza Akútny infarkt myokardu podľa MKCH I 21.0 a dĺžka hospitalizácie 4 dni ako aj lekárska diagnóza Angína pectoris MKCH I.20.0 a dĺžka hospitalizácie 2 dni; informovaný súhlas pacienta s výskumom, komunikatívnosť a ochota pacienta spolupracovať.

Prostredníctvom vybraných súborov z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva sme získavali údaje od pacientov o vedomostiach týkajúcich sa prevencie kardiovaskulárnych ochorení. K vybraným súborom patrili: Vedomosti: diéta 1802, Vedomosti: proces choroby 1803, Vedomosti: liečebný režim 1813. Vybrané súbory z klasifikačného systému ošetrovateľstva sa zaoberajú dokumentovaním výsledkov pacientov k úrovni vedomostí. Jednotlivé súbory obsahujú ukazovatele, merateľné na päťstupňovej Likertovej škále, ktorá vyjadruje úroveň vedomostí podľa jednotlivých ukazovateľov: 1 – žiadne vedomosti; 2 – obmedzené vedomosti; 3 – stredné vedomosti; 4 – podstatné vedomosti; 5 – rozsiahle vedomosti. Ukazovatele vo vybraných súboroch uvádzame podľa poradia tak, ako ich uvádzajú autori Moorhead et. al (2008).

Kvázixperiment sme uskutočnili na základe aplikácie intervencií k zvýšeniu vedomostí o prevencii kardiovaskulárnych ochorení prostredníctvom vybraných súborov klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií: Učenie: proces choroby 5602, Učenie: individuálne 5606.

Vo výskume predstavujeme komparáciu premenných (v úrovni NOC porovnávame dosiahnuté výsledky u respondentov zo vstupného a výstupného merania) prostredníctvom Studentovho t-testu pre dva závislé (párové) výbery. Z výsledku t-testu pre dva závislé výbery (Paired Samples Test) prezentujeme priemer rozdielov Mean (AM), testovacie kritérium (t) a dosiahnutú dvojstrannú signifikanciu (p). Dosiahnutú hodnotu pravdepodobnosti (p-hodnotu) porovnávame s vopred stanovenou hladinou významnosti ($\alpha = 0,05$). Ak je výsledná hodnota nižšia, výsledok je signifikantný/významný (Sollár, Ritomský, 2002).

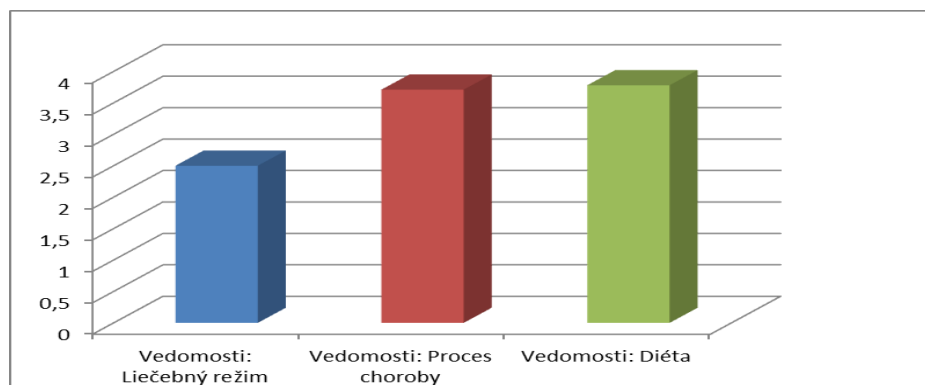
Predstavovaný príspevok má formu komparačného výskumu. Príprava projektu, zber dát a analýza získaných údajov trvala približne jeden rok. Získané výsledky prezentujeme v nasledovnej štruktúre.

Výsledky

Prvá časť výsledkov výskumu predstavuje získané výsledky k hypotéze, v ktorej sme predpokladali, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením bude úroveň vedomostí o liečebnom režime nižšia ako o procese choroby a diéte.

V tejto časti výsledkov o komparácii vedomostí u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením o procese choroby, liečebnom režime a diéte predstavujeme získané výsledky cez AM v jednotlivých súboroch, čo predstavuje úroveň získaných vedomostí v týchto súboroch vyjadrených na Likertovej škále.

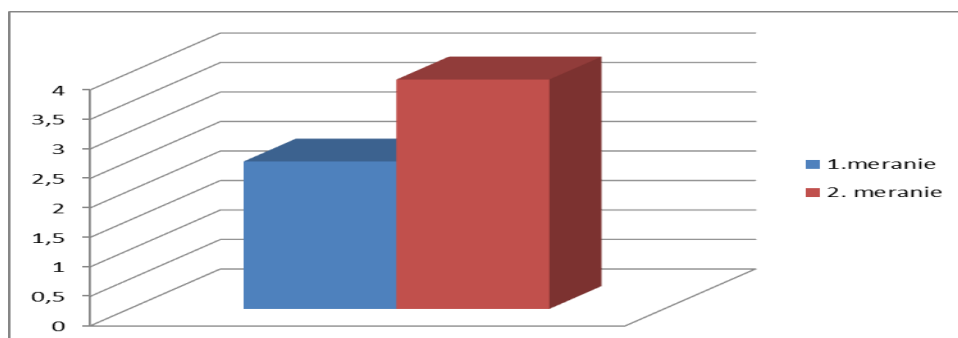
Vedomosti vyjadrené cez klasifikačný súbor NOC *Vedomosti: Diéta*, predstavujú hodnotu AM 3,89, úroveň - podstatné vedomosti. Druhé v poradí sú vedomosti vyjadrené cez klasifikačný systém NOC *Vedomosti: Proces choroby*, kde AM predstavuje hodnotu 3,71 – rovnako úroveň - podstatné vedomosti. Úroveň vedomostí vyjadrených cez klasifikačný systém NOC: *Vedomosti liečebný režim* je na úrovni strednej, vyjadrenej ako AM 2,5.



Graf 1 Úroveň vedomosti respondentov o liečebnom režime, procese choroby a diéte

V nasledovnej časti výskumu prezentujeme výsledky získané pre verifikovanie hypotézy, v ktorej sme predpokladali, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením v jednotlivých ukazovateľoch vybraného súboru klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva *Vedomosti: Liečebný režim 1813* budú v opakovaných meraniach výraznejšie rozdiely ako v hodnotení celkového vybraného súboru.

V nasledovnej časti výsledkov o komparácii vedomostí o liečebnom režime u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením v opakovaných meraniach predstavujeme získané výsledky cez AM, čo predstavuje úroveň získaných vedomostí vo vybranom súbore *Vedomosti: Liečebný režim 1813* na Likertovej škále. V prvom meraní je AM vedomostí 2,50 - úroveň obmedzené vedomosti. V druhom meraní je AM v hodnote 3,89 - podstatné vedomosti (graf 2).



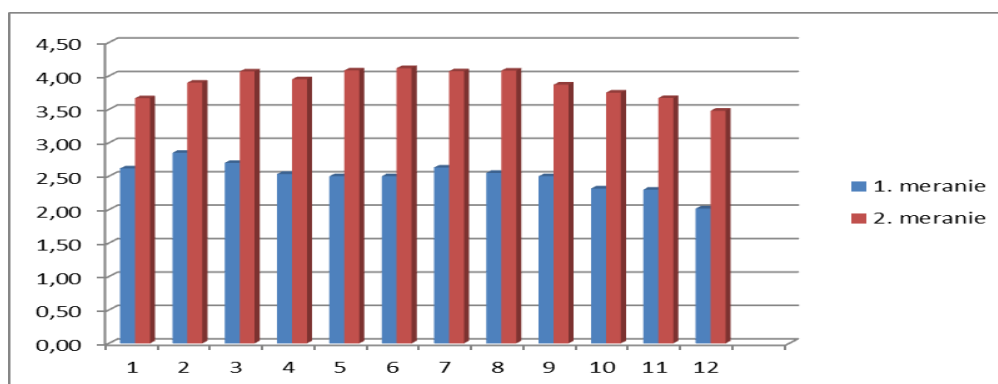
Graf 2 Úroveň vedomostí respondentov o liečebnom režime v opakovaných meraniach

Rozdiel úrovne vedomostí AM celého súboru *Vedomosti: Liečebný režim 1813* je vyjadrený ako $t = -20,848$, $p < 0,001$ (tab.1).

Tab. 1 Rozdiel úrovne vedomostí o liečebnom režime v opakovaných meraniach

Vybraný súbor NOC	AM	SD	t	p
Vedomosti: Liečebný režim	-1,39028	0,51656	-20,848	< 0,001

V nasledovnom grafe 3 predstavujeme získané výsledky cez AM, čo predstavuje úroveň získaných vedomostí v jednotlivých ukazovateľoch vybraného súboru *Vedomosti: Liečebný režim 1813* na Likertovej škále.



Graf 3 Úroveň vedomostí respondentov o liečebnom režime cez jednotlivé ukazovatele

Rozdiel úrovně vedomostí AM vo všetkých ukazovateľoch vybraného súboru *Vedomosti: Liečebný režim 1813* je vyjadrený $p < 0,001$.

Ukazovatele súboru NOC Liečebný režim	AM	SD	T	p
1 Proces špecifickej choroby	-1,050	0,675	-12,056	< 0,001
2 Zdôvodnenia pre liečbu	-1,050	0,675	-12,056	< 0,001
3 Povinnosti pri starostlivosti o seba pri prebiehajúcej liečbe	-1,367	0,712	-14,862	< 0,001
4 Povinnosti pri starostlivosti o seba v núdzových situáciách	-1,417	0,869	-12,624	< 0,001
5 Sebamonitorovacie techniky	-1,583	1,046	-11,722	< 0,001
6 Očakávané vplyvy liečby	-1,617	1,059	-11,824	< 0,001
7 Predpísaná diéta	-1,433	0,945	-11,744	< 0,001
8 Predpísaný liekový režim	-1,533	0,911	-13,042	< 0,001
9 Predpísaná aktivita	-1,367	0,938	-11,283	< 0,001
10 Predpísané cvičenie	-1,433	1,064	-10,439	< 0,001
11 Predpísaná procedúra	-1,367	0,882	-11,998	< 0,001
12 Výhody manažmentu choroby	-1,467	0,747	-15,206	< 0,001

Tab. 2 Rozdiel úrovně vedomostí o liečebnom režime v opakovaných meraniach

Diskusia

Prvú oblasť výskumu v príspevku predstavuje problematika úrovně vedomostí u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením o procese choroby, liečebnom režime a diéte. K zvoleniu jednotlivých druhov vedomostí sme sa rozhodli na základe štúdia odbornej literatúry k problematike ošetrovateľskej diagnostiky.

Bez spoločného ošetrovateľského jazyka sestry používajú lekárske diagnózy na opis pacientových problémov. Tento jazyk bude vždy užitočný pre použitie sestrami; avšak je nekompletný pre opis všetkých pacientových problémov a reakcií, ktoré potrebujú posúdenie a intervencie od profesionálnych sestier.

Na základe uvedených teoretických tvrdení sme sa rozhodli pre overenie klasifikačných systémov ošetrovateľstva ako moderných trendov kontinuálneho zvyšovania kvality poskytovanej starostlivosti. Konkrétne sme sa zamerali na použitie vybraných súborov klasifikačného systému NOC v ošetrovateľskej diagnostike ošetrovateľskej diagnózy – Nedostatočné vedomosti.

Výber ošetrovateľskej diagnózy nebol náhodný. Vychádzal nie len z odporúčaní WHO (Sedláková, 2009), ktorá upozorňuje na stúpajúci trend výskytu kardiovaskulárnym ochorení ale aj z osobných skúseností a poznania problematiky nedostatočných vedomostí, príp. nezodpovednosti samotných pacientov v prevencii kardiovaskulárnym ochorení už aj v sekundárnej prevencii.

Predpokladali sme, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením bude úroveň vedomostí o liečebnom režime nižšia ako o procese choroby a diéte.

Domnievali sme sa, že súčasný trend výchovy k zdraviu je viac zameraný na prezentovanie charakteristiky kardiovaskulárnych ochorení a na ich etiológiu ako na liečbu, a rešpektovanie a dodržiavanie liečebných opatrení v ich sekundárnej prevencii.

Sledovali sme AM úrovně vedomostí v oblastiach liečebný režim, proces choroby a diéta. Vedomosti vyjadrené cez vybraný súbor klasifikačného systému NOC *Vedomosti: Diéta* predstavujú hodnotu AM 3,89, úroveň, cez vybraný súbor klasifikačného systému NOC *Vedomosti: Proces choroby* AM predstavuje hodnotu 3,71. Uvedené hodnoty sú na Likertovej škále popisované ako podstatné vedomosti. Úroveň vedomostí vyjadrených cez vybraný súbor klasifikačného systému NOC: *Vedomosti liečebný režim* má hodnotu AM 2,5, na Likertovej škále je to úroveň stredných vedomostí (graf 1).

Z uvedeného nám vyplýva, že cez AM je úroveň vedomostí v oblasti liečebného režimu nižšia ako úroveň vedomostí o procese choroby a diéte.

Pre verifikovanie hypotézy, v ktorej sme predpokladali, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením v jednotlivých ukazovateľoch vybraného súboru klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva *Vedomosti: liečebný režim* – 1813 budú výraznejšie rozdiely v opakovaných meraniach ako v hodnotení celkového vybraného súboru predstavuje nasledovné zistenia.

Rovnako sme sledovali aj AM úrovně vedomostí v oblasti liečebného režimu v opakovaných meraniach cez vybraný súbor klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva *Vedomosti: Liečebný režim 1813* na Likertovej škále. V prvom meraní bola AM vedomostí 2,50 - úroveň obmedzené vedomosti. V druhom meraní bola AM v hodnote 3,89 - podstatné vedomosti. Komparačnou analýzou Studentovho T – testu sme zaznamenali štatisticky významný rozdiel vyjadrený ako $p < 0,001$ medzi posudzovanými oblastami v opakovanom meraní (tab. 1, graf 2).

Získané výsledky cez AM, čo predstavuje úroveň získaných vedomostí v jednotlivých ukazovateľoch vybraného súboru *Vedomosti: Liečebný režim 1813* na Likertovej škále nám potvrdili, že najväčší rozdiel vo vedomostiach v opakovaných meraniach a podstatnú zmenu úrovně vedomostí sme zaznamenali v ukazovateli o *Očakávaných vplyvoch liečby*, kedy na začiatku merania bola hodnota AM 2,50 a v opakovanom meraní 4,12, čo znamená nárast vedomostí o dva stupne (tab. 2, graf 3).

Ďalším dôležitým ukazovateľom v opakovanom meraní bol ukazovateľ *Sebamonitorovacie techniky*, kde na začiatku merania bol AM 2,50 a v opakovanom meraní už 4,08, čím predstavuje zvýšenie vedomostí o dva stupne na Likertovej škále (tab. 2, graf 3).

Ackley, Ladwig (2008) uvádzajú zdôvodnenia Powella, Gibsona (2003), aby sestry v rámci ošetrovateľských intervencií povzbudzovali pri ochorení manažment starostlivosti o seba. Redukcia vzdelávania v oblasti sebamanažmentu znižuje pozitívne výsledky.

Aj ukazovateľ *Predpísaný liekový režim* sa zmenil z počiatočného merania, kedy AM bol 2,55 a v opakovanom meraní 4,08 a tým zvýšenie úrovně vedomostí o 2 stupne na Likertovej škále (tab. 2, graf 3).

Podstatne sa zvýšila aj úroveň vedomostí v ukazovateli *Výhody manažmentu choroby* kde v prvom meraní bola hodnota AM 2,02 a v opakovanom 3,48 a úroveň sa zvýšila o dva stupne na Likertovej škále (tab. 2, graf 3).

Ako uvádzajú Ackley, Ladwig (2008) je veľmi potrebné posúdiť osobný kontext a význam choroby (napr.: vnímaná zmena v životnom štýle, finančné záležitosti, kultúrne vzorce a nedostatok akceptácie u rovesníkov alebo spolupracovníkov). Uvádzajú zdôvodnenia autorov Forresta (2004) a Hornsten et al. (2005), že manažment zlepšených symptómov a spokojnosť klienta boli zaznamenané ako výsledok intervencií, ktoré sa sústredili na význam a perspektívu klientovej choroby.

Ukazovateľ predpísaná diéta sa zvýšila o 1,44 AM, ukazovateľ *Predpísané cvičenie* o 1,43 AM, ukazovateľ *Povinnosti pri starostlivosti o seba v núdzových situáciách* sa zvýšil o dva stupne Likertovej škály (tab. 2, graf 3).

Aj všetky ostatné ukazovatele nám potvrdili zvýšenie úrovne vedomostí v opakovaných meraniach.

Hodnotenie cez jednotlivé ukazovatele predstavuje detailnejšie poukázanie na oblasti súvisiace s ošetrovateľskou diagnózou – Nedostatočné vedomosti, na ktoré sa treba zamerať, naplánovať a implementovať správne a vhodné ošetrovateľské intervencie. Týmto krokmi sa stáva poskytovaná starostlivosť aj v oblasti prevencie plánovaná a efektívna, s objektívnym výsledkom na pacientovi.

Komplexnejšie vymedzenie plánovaných intervencií v jednotlivých oblastiach klinickej praxe uvádza autorský kolektív Ackley, Ladwig z roku 2006 v *Nursing Diagnosis Handbook. A Guide to Planning Care*. V publikácii sa pri vymedzení intervencií zakomponávajú princípy ošetrovateľstva založeného na dôkazoch (Holmanová et al., 2008).

Ackley a Ladwig (2008) popisujú ako hlavné ciele v ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s ošetrovateľskou diagnózou Nedostatočné vedomosti, vysvetliť stav choroby, rozpoznať potrebu medikácie a pochopenie liečby, vysvetliť ako zapracovať nový zdravotný režim do životného štýlu, určiť schopnosť jednať so situáciou súvisiacu so zdravím, preukázať ako uspokojuivo vykonáva procedúry v súvislosti so zdravím a uvádzať zoznam zdrojov, ktoré môžu byť používané pre získanie viac informácií alebo podpory po prepustení do domácnosti. Na tieto výsledky sú naplánované ošetrovateľské činnosti zakomponované vo vybraných súborov klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií, z ktorých mnohé sú založené na EBP (Evidence-Based Practice).

Jednou z významných zdôvodnení vychádzajúcich z princípov ošetrovateľstva založeného na dôkazoch (EBN) uvádza v súvislosti so stanovenou hypotézou intervenciu, aby sa používali prístupy, ktoré podporujú pacientove priority, preferencie a voľby (Rutten et al., 2005; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006, In Ackley, Ladwig, 2008). Sestra musí detailne posudzovať úroveň vedomostí prostredníctvom jednotlivých ukazovateľov. Suhonen et al. (2005) (In Ackley, Ladwig, 2008) uvádza, že môže dôjsť k nezhode medzi tým akú informácie chce klient dostať v danom čase a očakávaniami poskytovateľa.

Náš predpoklad, že u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením v jednotlivých ukazovateľoch vybraného súboru klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva

Vedomosti: liečebný režim – 1813 budú výraznejšie rozdiely v opakovaných meraniach ako v hodnotení celkového vybraného súboru sa potvrdil.

Záver

V smerovaní výskumu sme vychádzali z výziev pre ošetrovatelstvo v používaní jednotnej terminológie – štandardizácie jazyka, ktorá je základným znakom ošetrovateľskej profesie. Cieľom jej používania je presné vymedzenie a vyjadrenie činností, ktoré sestry vykonávajú vo vzťahu k určitým potrebám pacienta tak, aby dosiahli určité výsledky, tak aj v potrebe informovanosti týkajúcej sa zdravia, výchovy zdravia a prevencie.

Zároveň sme pri konštruovaní výskumu vychádzali z odporúčaní WHO, ktoré vyzývajú k zvýšenej pozornosti a k záujmu spoločnosti a všetkých zainteresovaných k podpore zdravia a k prevencii neinfekčných (civilizačných) ochorení, ktorej najväčšiu skupinu tvoria kardiovaskulárne ochorenia. Zistenia výskumu potvrdzujú efektívnosť používania klasifikačného systému NOC u pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami. Klasifikačný systém NOC predstavuje systematický prístup k označeniu, roztriedeniu a usporiadaniu ošetrovateľských výsledkov do hierarchického systému, ktorý hodnotí výsledky u pacienta, založených na hodnotení účinkov ošetrovateľskej intervencie. Keď používame štandardizovaný jazyk na posúdenie výsledkov u pacienta vylučujeme nejednotnosť medzi zariadeniami, čím vytvárame efektívny manažment v starostlivosti a plníme prioritnú výzvu pre ošetrovatelstvo – nájsť spoločný dorozumievací jazyk.

Použitá literatúra

- [1] ACKLEY, B. J., LADWIG G. B. 2008. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence Based Guide to Planning Care*. 8th Edition, Missouri : Mosby, Inc., 2008. 937 p. ISBN 978-0-323-05192-7.
- [2] BARAKOVÁ, A.2009. Epidemiologická situácia v SR-choroby obehovej sústavy a ich rizikové faktory. In:Via practica. [online]. 2009. roč. 6, č.1[cit2010-09-30]. Dostupné na internete:
http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3594&magazine_id=
- [3] BAŠKOVÁ, M. et al. 2009. Zdravie, podpora zdravia a prevencia ochorení. In BAŠKOVÁ, M. et al. 2009 *Výchova k zdraviu*. Martin : Osveta, 2009. ISBN 978-808063-201-2, s. 9-20.
- [4] BÓRIKOVÁ, I. – TOMAGOVÁ, M. et al. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008. 247 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [5] FILIPOVÁ, S. 2004. Súhrn európskych odporúčaní pre prevenciu srdcovocievnych chorôb v klinickej praxi In *Kardiológia, 2004, zv. 13 , č. 3, s.167-178*.
- [6] HLINOMAZ, O. 2003. Akutní koronární syndromy. In ŠPINAR, J. et al. 2003. *Ischemická choroba srdeční*. Praha : Grada Publishing, 2003. s. 160 – 203. ISBN 80-247-0500-1.
- [7] HOLMANOVÁ, E. et al. 2008. Problematika ošetrovateľskej diagnostiky v odbornej literatúre. In BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe*

založená na dôkazoch II. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-499-0, s. 21-25.

- [8] MOORHEAD, S. et al. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.
- [9] MURGOVÁ, R. 2006. *Predchádzajme civilizačným chorobám*, 2006, Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, s. 103. ISBN 80-7165-561-9.
- [10] SEDLÁKOVÁ, D. 2009. *Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a jej globálna stratégia pre výživu, pohyb a zdravie*. [online]. 2002. cit.17.2.2009]. Dostupné na internete: <http://www.who.sk / ostatne/ Globálna stratégia pre výživu, pohyb a zdravie-Slovenská verzia>.
- [11] SOLLÁR, T. – RITOMSKÝ, A. 2002. *Aplikácia štatistiky v sociálnom výskume*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa. 2002. 155 s. ISBN 80-8050-508-2.

Adresy autorov

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

UKF v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva
Kraskova 1
949 74 Nitra. Slovenská republika
e-mail: asolgajova@ukf.sk

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

UKF v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva
Kraskova 1
949 74 Nitra. Slovenská republika
e-mail: gvorosova@ukf.sk

VEDOMOSTI PUBESCENTOV A ADOLESCENTOV O RIZIKÁCH ALKOHOLU

Jaroslav Stančiak^{1,2}, Jozef Novotný¹, Matúš Albert³

¹Vysoká škola polytechnická Jihlava, Jihlava, Česká republika

²Katolícka univerzita Ružomberok, Slovenská republika

³Gym studio Albert, Trnava, Slovenská republika

Abstrakt

Problematika užívania drog tak z hľadiska terapeutického resp. iného sprevádza ľudstvo už od nepamäti. Riešenie tejto problematiky nachádzame už v diele Hippokrata- Canon medicorum. Hippokrates poznal už ópium. Podobne problematikou drog sa zaoberal i Paracelsus, ktorý tvrdil, že každá droga je jed, a závisí iba na dávke, kedy je liekom a kedy jedom. Je viac ako pravdepodobné, že svoje vedomosti o drogách využívali iba terapeuticky, nakoľko sa zmieňovali i o etike lekára, nakoľko Hippokratovu prísahu deklaruujeme stále. Nepoškodiť pacienta, to je krédo. Zdravie je to najcennejšie, čo človek má a mal by si ho chrániť. Je však dôležité ako s ním nakladá. Zdravý jedinec je výkonný, vyrába hodnoty, je spoločensky aktívny. Táto podmienka, *conditio sine qua non*, je dôležitá najmä v súčasnosti, v hektickej dobe, plnej nástrah, rizikových faktorov, v dobe civilizačnej záťaže a významných civilizačných chorôb. Túto nepriaznivú situáciu si dala do vienka i Svetová zdravotnícka organizácia v Dokumente ZDRAVIE 21 – Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Definícia zdravia sa dopĺňa v závislosti na celosvetových podmienkach, nakoľko civilizácia starne, dochádza ku geriatrizácii medicíny. Bohužiaľ v spoločnosti sú i takí jedinci, ktorí si svoje zdravie nevážia, poškodzujú si ho úmyselne. Na druhej strane sú i takí, ktorí v súčasnej hektickej dobe nie sú schopní plniť si svoje povinnosti a veľmi často sklznú na šikmú plochu vo svojom konaní, a svoju neschopnosť riešia inými cestami, spôsobmi, teda návykovými látkami a nie sú ďaleko i od páchania trestnej činnosti.

Kľúčové slová

Drogy – drogová závislosť – vedomosti tínedžerov – prevencia – alkohol.

KNOWLEDGEMENT OF PUBESCENTS AND ADOLESCENTS CONCERNING THE RISK FACTORS OF ETHYLALCOHOL

Abstract

The phenomenon of drug addiction has occurred to some degree throughout recorded history. This issue was mentioned even in the work of Hippocrates- Canon Medicorum. Opium was already well known during his life. Paracelsus, sometimes called the father of toxicology, wrote: "all things are poison and nothing is without poison, only the dose determined if a substance is poisonous or not." It is more than likely that they used their knowledge of drugs only therapeutically, since they mentioned the medical ethics, as we still declare the

Hippocratic Oath. A famous medical rule ascribed to Hippocrates is "do no harm" (non nocere).

Health is the most important thing to a man however it is only as important as each individual is willing to protect it. A healthy individual is powerful, productive and socially active. Nowadays, this condition (conditio sine qua non) is particularly important because of hectic times that are full of pitfalls, risk factors, social pressures and significant diseases. The World Health Organization (WHO) is an agency with primary responsibility for international health matters they determine the public health for individuals which can be seen in a document "Health21 - The Health for All in 21st Century".

The definition of health is changing dependent upon global terms, such as an aging civilization and medicine. The health and well-being of a society is an expression of people's capacity to make healthy choices. There are some individuals in society who are deliberately damaging their health. On the other hand, some individuals are unable to fulfill their own obligations. They choose to fit into society differently, by their inability to cope with stress and peer pressure. Their "vulnerability" leads them to drug use which in turn leads them to violation of the law.

Key words

Drug – drug addiction – knowledge of teenagers – prevention – alcohol.

ÚVOD

Dôsledky závislosti sú zničujúce: zdeformované životy ľudí, rozbité vzťahy, narušené manželstvá a rodiny a čo je najhoršie, prehľbujúce sa zúfalstvo v duši ľudí, ktorí sa stali závislými. Názor „každý človek sa môže stať závislým... na akúkoľvek oblasť v živote“ – mnohých prekvapuje. Naznačuje totiž širší horizont problému závislosti, nielen alkoholizmus, či drogy, ako to väčšina ľudí chápe. Ako to teda so závislosťou naozaj je?

Naozaj nejde len o drogy, či alkohol. Stačí sa pozrieť na hrácke automaty a ľudí, ktorí od nich nevedia odísť..., na počítače, za ktorými deti i dospelí vedú presedieť celé hodiny..., na zotročujúce vášne (tipovacie, hazardné, zberateľské atď.), na virtuálny svet flirtu, erotiky a pornografie, ktorému podľahnú rovnako muži ako ženy..., na finančne prosperujúci pornopriemysel s pestrým katalógom služieb nielen v zábavných podnikoch pri diaľniciach, či v mestách..., alebo na „mobil-mániu“ dnes viac „...náštročných“ ako dospelých, ktorá má nevídaný úspech v reklame, a tým aj značný ekonomický obrat v priemysle..., na rastúci vplyv kultov a siekt, alebo na „atraktivnosť“ seriálov typu „Jednoducho Mária...“, ktoré dokázali vyprázdniť ulice Trnavy viac, ako futbalový duel so Slovanom Bratislava.

Štatistiky sú neúprosné. Najsledovanejšie webstránky sú erotické, a to aj v rámci pracovnej doby vo firmách. Psychiatrické kliniky či strediská pre týrané deti (napr. Otvorená náruč v Žiline) sú preplnené, ale čo je najhoršie, drvivá väčšina ľudí ani netuší, že sa stali závislými. Percento postihnutých sa dnes naozaj neodvážia odhadnúť žiadny prognostický ústav. Sociálne, právne a ekonomické tabuľky či charakteristiky totiž len pasívne kopírujú realitu v spoločnosti a jej hrozivý trend. Neponúkajú však východisko. Existuje vôbec?

Ako už slovo „závislost“ naznačuje, ide o skrytý problém, ktorý tkvie v samotnom človeku. Príčin skrytosti je niekoľko: (1) Obeť si zvyčajne neuvedomuje problém, do ktorého sa dostáva. Má „iba“ túžbu niečo robiť a na tom naozaj nemusí spočiatku byť nič zlé (chce si napr. zahrať počítačovú hru). (2) *Spoločnosť mnohé závislosti nevie rozpoznať*. Napr. workholizmus (závislosť na práci) sa môže javiť ako cnosť, či obetavosť. (3) Alebo štandardný „pohárik šampanského“ či „domáceho...“ sa dnes chápe ako spoločenský bontón a v takej kultúre sú skôr podozriví tí, ktorí „spoločenský pohárik“ odmietajú. Nepoznáme presne mechanizmus vzniku závislosti.

Definícií závislosti je viac. Závislosť (angl. drug addiction) má latinský koreň „addicene“ a znamená súhlasiť, podpísať, poddať sa. V staroveku tak označovali nepriateľov, ktorí sa dostali do zajatia. Tento obraz je veľmi vhodný pre pochopenie javu závislosti. Človeka s prehnanou, nadmernou a opakujúcou sa túžbou po nejakých látkach, objektoch, pocitoch, činoch, skupine ľudí alebo jednotlivých osobách, možno považovať za závislého. Taký človek stráca kontrolu nad sebou, stráca slobodu v rozhodovaní, začína sa chovať iracionálne, stráca proporcionalitu v životnom štýle. Objekt závislosti, ktorý je určujúcim faktorom pre čas, peniaze, vnútornú energiu a silu, ktorú závislý človek k nemu investuje, sa tak stáva výraznou prioritou v živote človeka.

PROBLEMATIKA NÁVYKOVÝCH LÁTOK

Civilizačné ochorenia sú problémom dnešnej modernej doby a týkajú sa každého z nás. Mali by sme sa zamyslieť akým životným tempom žijeme, akú máme životosprávu, akým smerom sa uberáme a čo je pre nás dôležité. Či nám nestojí za to naše zdravie, aby sme sa denne zastavili aspoň na pol hodinku, zacvičili si, zrelaxovali a pomohli svojmu telu, aby nás chránilo a slúžilo nám aj naďalej. Tiež je pre naše zdravie dôležitá hygiena nielen fyzická, ale aj psychická. Veď ako sa zvykne hovoriť: „každá choroba sa začína v našej psychike a naša fyzická schránka je odrazom tej duševnej“ [2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 44].

Civilizačné ochorenia sú stále väčším problémom, najmä v priemyselne vyspelých krajinách. Úmrtnosť na tieto ochorenia stále stúpa a posúva sa do čoraz nižších vekových kategórií, čo je pre dnešnú populáciu veľmi alarmujúci stav. V dnešnej dobe sa do popredia dostávajú najmä ochorenia srdcovo cievne, onkologické, zatiaľ čo v minulosti to boli najmä ochorenia infekčné. Infekčné ochorenia sa podarilo zvládnuť vďaka rozvoju zdravotníctva a farmácie. V poslednom období sa stále zvyšuje počet civilizačných ochorení, čo je spôsobené aj tým, že ľudia sa v dnešnej dobe dožívajú vyššieho veku, majú zlú životosprávu, nestarajú sa o prevenciu, majú rôzne škodlivé návyky (ako fajčenie, pitie alkoholu, pohybová inaktivita, vysedávanie pred počítačom a televíziou), ktoré označujeme ako rizikové faktory. Ľudia nemajú dostatočné informácie o svojom zdravotnom stave, často preceňujú svoje sily a podceňujú „reč svojho tela“. Často si neuvedomujeme, že to najcennejšie čo máme, je naše ľudské zdravie, o ktoré sa musíme aj starať. Civilizačné ochorenia majú vysoký výskyt, súvisia najmä so životným štýlom a majú sociálny dopad na jednotlivca a spoločnosť. Sú to ochorenia, ktorých rastúci trend sa prejavil v posledných desaťročiach a ktoré významným spôsobom ovplyvnili chorobnosť a úmrtnosť obyvateľstva a tým nielen strednú dĺžku života, ale aj jeho kvalitu. Aj keď stredná dĺžka života slovenskej populácie za posledných päťdesiat rokov vzrástla o viac ako jedno desaťročie, v porovnaní s vyspelými krajinami stále

zaostávame. Civilizačné ochorenia patria medzi ochorenia chronické, výrazne pozmeňujú kvalitu života postihnutých ľudí a majú značný sociálny dopad. Okrem individuálneho pôsobenia na jednotlivca a jeho osud sú tieto ochorenia významné pre zdravotníctvo, pretože zvyšujú nároky na zdravotnú starostlivosť a finančné náklady. Civilizačné ochorenia zaťažujú štát výdavkami na predčasnú invaliditu a potrebu dlhodobého ošetrovania pri bezvládnosti. Ich význam pre spoločnosť je preto značný. Sú celosvetovým problémom. Ľudia si v dnešnej hektickej dobe málo uvedomujú aké je zdravie pre nich dôležité a tak ho často krát podceňujú a do popredia si kladú ciele ako si udržať majetok, postavenie a prestíž. Až keď sa im zdravie podlomí vtedy si uvedomia čo je prvoradé, ale niekedy už býva neskoro [10, 11, 14, 15, 17, 18].

Drogy, drogová epidemiológia

Drogová epidemiológia sa zaoberá rozšírením užívania rôznych typov drog v populácii, jeho príčinami a dôsledkami, vzťahmi medzi rozšírením užívania a zneužívania drog a zdravotnými následkami a efektivitou liečebných, zákonných a ďalších intervencií podnikaných s cieľom znížiť rozsah (zne)užívania drog alebo súvisiacich škôd. Je základom kvalifikovaného rozhodnutia v protidrogovej politike, plánovania intervencií a vyhodnocovania ich úspešnosti. Politikom či vlastníkom s rozhodovacou právomocou, ktorí majú čeliť problematike zneužívania drog epidemiologický výskum poskytuje informačnú bázu, podľa ktorej možno určiť cieľ intervencie. Epidemiologický výskum je súčasne spätnou väzbou; ukazuje, či boli opatrenia primerané a či sa prostriedky vynaložili efektívne.

Drogová epidemiológia je a musí byť východiskovou zložkou každej protidrogovej stratégie. Odpovedá na mnoho kľúčových otázok, ktoré majú poskytnúť účinnú spoločenskú reakciu na konkrétny problém. Ide o otázky typu:

- ✓ Aký je rozsah užívania drog?
- ✓ Aká je povaha užívania drog a aké sú typické modely abuzívneho správania?
- ✓ Aké vlastnosti majú osoby užívajúce drogy?
- ✓ Ako sa vyvíjajú trendy užívania drog v čase a ako tieto trendy ovplyvňujú vlastnosti užívateľov drog a modely abuzívneho správania?
- ✓ Ktoré faktory sú spojené s užívaním drog, ktoré ovplyvňujú trvanie tohto správania?
- ✓ Aké projektívne faktory sa vyskytujú u osôb, ktoré drogy neužívajú?
- ✓ Aké sú spoločenské, somatické, psychiatrické, psychologické, behaviorálne a ekonomické dôsledky užívania drog pre jednotlivcov, rodiny, komunity a spoločnosť?

„Drogová situácia“ je veľmi dynamický jav: stále sa menia spôsoby užívania drog, ich dostupnosť a čistota, nové skupiny užívateľov objavujú „staré“ drogy a nachádzajú nové spôsoby ich užívania atď. Ak má byť drogová politika efektívna, musí mať k dispozícii vždy aktualizovaný obraz situácie. Tiež *dopad, úspech či neúspech cieľov drogovej politiky, jej evaluácia a priebežné úpravy sú bez drogovej epidemiológie nepredstaviteľné* [19, 20, 21, 44].

Drogy ako globálny problém

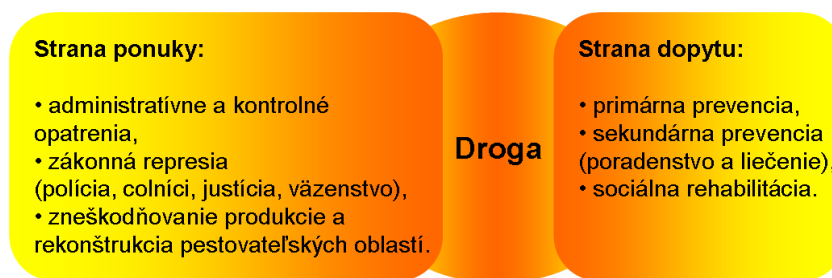
V novodobej histórii šírenia a zneužívania drog, t. j. v 19., 20. i 21. storočí, sa rozlišujú tri obdobia:

1. Asi do roku 1960 sa drogy a problémy s nimi spojené považovali za odborný problém, ktorým sa zaoberala pomerne úzka skupina vysokokvalifikovaných špecialistov – kriminalistov pre oblasť zamedzovania trestnej činnosti a lekárov pre oblasť liečenia závislostí.
2. V rokoch 1960 – 1990 sa hlavne vo vyspelých krajinách drogy stávajú spoločenským problémom, ktorý sa dotýkal mnohých sociálnych vrstiev a skupín či profesií. V tomto období v USA a v západnej Európe enormne vzrástlo užívanie drog s vážnymi zdravotnými a sociálnymi následkami, čo sa premietlo do kvalitatívnych zmien v koncepciách a prístupoch drogovej politiky.
3. Od roku 1990 už medzinárodné spoločenstvo (v Globálnom akčnom pláne Organizácie Spojených Národov (OSN) z roku 1991) označuje problém drog ako globálny problém, pre ktorý je charakteristické, že
 - ✓ v podstate ovplyvňuje všetky krajiny sveta;
 - ✓ každá krajina v ňom má svoju úlohu – v súvislosti s drogami sa rozlišujú producentské, tranzitné i spotrebiteľské krajiny (od polovice 90. rokov sa Česká republika, podobne ako Slovensko stali spotrebiteľskou krajinou, a hoci tranzit cez tieto územia prechádza, aktuálna je aj domáca produkcia);
 - ✓ sa týka skoro každého – rodina aj jednotlivec vo svojej osobnej, pracovnej či sociálnej úlohe prichádzajú s problémom drog do styku minimálne ako s konkrétnym rizikom;
 - ✓ globálny problém sa nedá riešiť na jednom mieste a jediným prístupom; vyžaduje si medziodborovú, medzirezortnú, medzisektorovú a medzinárodnú kooperáciu.

Globalizácia drogového problému súvisí s vytvorením svetového nezákonného trhu s drogami, ktorý vrátane prekurzorov a pomocných látok je na prvom mieste, čo sa týka rozsahu medzi svetovými nezákonnými trhmi, a na druhom mieste, čo sa týka finančného obratu.

Globalizácia drogového trhu prináša epidemický profil zdravotných a sociálnych dôsledkov zneužívania drog, ktoré sú určite čo do rozsahu (celkový počet postihnutých, zdravotné komplikácie a úmrtia) menej katastrofálne ako v prípade legálnych drog – alkoholu alebo tabaku. K priamym dôsledkom zneužívania však patrí riziko šírenia závažných infekčných chorôb (AIDS, hepatitída typu B a C) a kriminalizácia užívateľskej populácie (v súvislosti s nezákonným trhom), čo sú fenomény, ktoré sa pri alkohole a tabaku neobjavujú. Sociálna akceptácia zneužívania nezákonných drog je potom omnoho nižšia ako pri legálnych návykových látkach.

Nezákonný trh s drogami má ako každý iný trh, svoju stranu ponuky a stranu dopytu. Je zrejmé, že ponuka a dopyt sú spojené nádoby – kým existuje ponuka, existuje aj dopyt a opačne (Obrázok 1) [43, 44, 45].



Obrázok 1 Opatrenia na strane ponuky a dopytu

Popri negatívnych javoch spojených s užívaním drog má svetový trh s drogami ešte ďalšie nebezpečenstvá:

- ✓ produkcia drog sa stala bežnou, výhodnou a preferovanou obživou obyvateľstva (napr. pestovanie koky v Latinskej Amerike a ópiového maku v Ázii) a zábranou zdravého ekonomického, politického a sociálneho rozvoja v týchto oblastiach;
- ✓ zisky z nezákonného trhu s drogami prenikajú do legálnej ekonomiky („pranie špinavých peňazí“) a umožňujú získať hospodársky a nakoniec i politický vplyv („mafianizácia kapitálu“, „mafianizácia politiky“);
- ✓ rôzne separatistické alebo teroristické organizácie využívajú nezákonný obchod s drogami na financovanie svojich vojensko-politických činností.

Návyková látka, droga, drogová závislosť

V súčasnosti milióny ľudí na celom svete užívajú drogy a iné omamné látky, ktoré vyvolávajú drogovú závislosť. Ľudstvu však nestačia doterajšie drogy, ale hľadá stále nové látky, ktoré uspokojia jeho toxikomanskú túžbu. Napriek tomu, že sa stále neúprosne bojuje proti drogám a omamným látkam, je to pretrvávajúci boj. Celé štáby ľudí sledujú pohyb a obchod s drogami a usilujú sa nájsť spôsob, ako úplne odstrániť túto pliahu ľudstva.

Na získanie základného prehľadu o problematike drog a drogových závislostí považujeme za potrebné vysvetliť niekoľko základných pojmov [22, 23, 24, 27, 44].

Čo je to vlastne „droga“? Všetky látky vstupujúce do organizmu môžu prospievať i škodiť. Vyvolávajú zážitky, ktoré jedinec pociťuje ako príjemné alebo môžu tlmiť nepríjemné pocity. Tieto látky nazývame drogy. *Ako drogu môžeme definovať každú látku s tzv. psychotropným účinkom, ktorá v ľudskom organizme spôsobuje dočasnú zmenu pocitu prežívania a zároveň je schopná vyvolať chorobnú závislosť.* Niektoré pôsobia stimulujúco, povzbudzujúco (kofeín, kokaín...), ďalšie utlmujúco s depresívnym účinkom (alkohol, heroín, morfium...) a iné zas spôsobujú halucinácie, pôsobia dezintegrujúco (LSD, meskalín...).

Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) prijala v roku 1969 túto definíciu: „Droga je akákoľvek substancia, ktorá po vpravení do živého organizmu môže pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií“ [33, 34, 36, 43, 44, 45].

Existujú viaceré definície, ale najstručnejšie by sme drogu mohli chápať ako každú látku, či už prírodnú alebo syntetickú, ktorá spĺňa tieto základné požiadavky:

1. má tzv. psychotropný účinok, t. j. ovplyvňuje nejakým spôsobom naše prežívanie okolitej reality, mení naše vnútorné naladenie – proste pôsobí na našu psychiku;
2. po určitej dávke vzniká agresívne správanie;
3. vyvoláva závislosť, má teda niečo, čo sa z nedostatku vhodnejšieho pomenovania niekedy nazýva „potenciál závislosti“;
4. po prekročení určitej dávky môže spôsobiť smrť.

Ak sa pozrieme na drogy všeobecne, bez ohľadu na ich legalitu či ilegalitu v tej-ktorej spoločnosti a dobe, môžeme ju charakterizovať známym „*dobrý sluha, ale zlý pán*“. Každá droga má svoje riziká, ale i svoje prednosti a oboje je nutné aspoň v základoch poznať. Mali by sme byť otvorene informovaní o tom, aký je pomer rizík a výhod tej-ktorej drogy, a na základe týchto znalostí k drogám aj pristupovať. Je nepochybne lepšie sa drogám úplne vyhnúť a žiť tzv. bezdrogovým životom. Keď však otvoríme oči a pozrieme sa okolo seba, tak si musíme položiť zásadnú otázku: *kto bezdrogovým životom skutočne žije?* Veď za drogu sa považuje napríklad aj káva či tabakové výrobky.

Realita je naozaj niekde inde, avšak sami ju poznáme najlepšie a je nutné, aby sme dokázali najväčším rizikám a situáciám predchádzať a ak sa im už len ťažko vyhneme, zvládnuť ich s čo najmenšími stratami. Ako už bolo povedané, rôzne drogy sú spojené s rôznorodou škálou rizík. Jedným z hlavných rizík je strata kontroly nad pôvodne občasnou konzumáciou a postupný vznik závislosti. Toto riziko tu je a je prítomné pri každej droge, i pri tých najviac tolerovaných a zdanlivo celkom neškodných. Práve mierne riziká vzniku závislosti sú hlavným kritériom pri delení drog na tzv. mäkké a tvrdé, či ľahké a ťažké.

K ľahkým drogám patrí napr. káva, tabakové výrobky, produkty konope (marihuana, hašiš) a tiež v našej spoločnosti droga číslo jeden – alkohol. Medzi tvrdé drogy by sme mohli zaradiť pervitín, LSD, heroín a pod. Biochemický účinok drogy sa uskutočňuje na molekulovej úrovni. Droga sa v organizme viaže na receptory, čím sa spúšťajú chemické reakcie, ktoré ústia do farmakologického účinku. Tento účinok závisí od alkaloidov. Alkaloidy sú účinnou zložkou psychotropných látok. Pôsobia priamo na priebeh biologických aj psychických funkcií. V malých kontrolovaných dávkach môžu byť liekom, vo väčších, naopak, jedom. Priamo pôsobia na priebeh biologických i psychických funkcií. Zasahujú do činnosti enzýmových systémov [25, 26, 27, 37, 38, 39, 40, 41, 44].

Užívanie drogy alebo jej použitie ako lieku sa odborne nazýva úzus. Ide o užívanie nejakej látky podľa určitých pravidiel, zákona na odporúčanie lekára. Abúzus zase znamená nadužívanie, príliš časté alebo nadmerné užívanie či užívanie v nevhodnom čase, v nevhodnej kombinácii. Zvyčajne sa zaň považuje požitie drogy, ktorá nepriaznivo ovplyvňuje výkonnosť človeka, jeho psychický a fyzický stav. Vyznačuje sa zvyšovaním dávok a vznikom závislosti od nadužívaných látok, takže jedinec sa ich už nedokáže vzdať.

Materiál a metodika

Ciele prieskumu bolo zistiť úroveň vedomostí adolescentov o škodlivých účinkoch alkoholu. Zistiť vzťah adolescentov k pitiu alkoholických nápojov a čo je dôvodom ich pitia, či alkohol spôsobuje adolescentom problémy na verejnosti alebo v škole. Informovanosť adolescentov o škodlivých účinkoch alkoholu závisí od ich vnímania a postoju k alkoholickým nápojom. Závisí to aj od výchovy rodičov a od školy na ktorej momentálne študujú. Adolescenti by mali byť informovaní o škodlivých účinkoch alkoholu, aby jeho pitím predišli mnohým nebezpečným účinkom, ktoré môže pitie alkoholických nápojov spôsobiť. Adolescenti by mali vedieť do akej miery je pitie alkoholu nebezpečné s cieľom, aby alkohol neovládal človeka, ale človek alkohol. Dôležité je vedieť, kedy sa človek stáva závislým na alkohole. Prieskum sme uskutočnili dotazníkovou metódou na vzorke 120 respondentov na stredných odborných školách vo veku 16 až 20 rokov, pričom väčšina respondentov bola vo veku 17 až 19 rokov (91,67%).

Výsledky

Ako sme už uviedli vek našich respondentov bol v 91,67% 17-19 rokov, pričom chlapcov bolo 55% a dievčat 45%. Navštevovali SOŠ a pochádzali prevažne z mesta s počtom obyvateľov 40.000. Z prieskumu, ktorý sme uskutočnili dotazníkovou metódou vyplývajú niektoré mimoriadne závažné skutočnosti, ktoré potvrdzujú naše výsledky získané v predchádzajúcej štúdií. I napriek tomu, že si adolescenti uvedomujú dôsledky dlhodobého pitia alkoholu až v 95% predsa uvádzajú i iné dôsledky na organizmus, ako napr.: poruchy spánku – 68%, výbušnosť – 60% a zvýšený krvný tlak v 38%. Pri nadmernom jednorazovom príjme alkoholu uviedli rovnakým podielom bezvedomie a stratu pamäti (50%) a samovražedné sklony v 59%. V 78% uviedli, že už malé množstvo alkoholu vedie k závislosti. Ostatní respondenti sa nevedeli vyjadriť k danej otázke. Je zarážajúce, že sa iba v 52% resp. 37% dozvedeli o škodlivých účinkoch alkoholu v škole resp. v rodine. Je síce zaujímavé, že 85% respondentov sa zúčastnilo na prednáške o škodlivých účinkoch alkoholu avšak, ako vyplýva z ďalšieho prieskumu, takto získané vedomosti neuplatňovali v praktickom živote. Až 45% respondentov užívalo totiž alkohol 1x týždenne ba dokonca 5% každý deň. Iba 12% respondentov uviedlo, že alkohol nepijú. Z toho teda vyplýva zarážajúca skúsenosť že až 88% respondentov do 20. roku veku užíva alkohol minimálne 1x do mesiaca. Až v 27% užívali respondenti tvrdý alkohol a v 73% buď pivo (45%) alebo víno (28%). Respondenti uviedli taktiež ďalšiu zarážajúcu skutočnosť, a to vek, v ktorom prvýkrát pili alkohol – v 29% (11 a 12 ročný), v 21% (13 a 14 roční). Z uvedeného teda plynie, že až 79% respondentov užilo alkohol prvýkrát vo veku 11 až 14 rokov, čo je v zhode s našimi predchádzajúcimi výsledkami. Ďalšia zarážajúca skutočnosť je, že až v 61% prvýkrát pili alkohol na rodinnej oslave a iba v 34% na diskotéke resp. pri stretnutí s kamarátmi. V zhode s predchádzajúcimi výsledkami je názor „prečo pijú alkohol.“ Takmer v 80% odpovedí uvádzajú, že preto aby sa „uvoľnili,“ kvôli chuti alkoholu a aby zapadli do partie. Ako sme už uviedli vyššie, adolescenti sa chodia zabávať len tam, kde sa podávajú alkoholické nápoje, čo uviedli v 80%. Podobne uviedli, že sa stýkajú s rovesníkmi, ktorí pijú alkohol až v 65%. V 86% uviedli, že si musia vypiť, aby sa zabavili. S predchádzajúcimi výsledkami korelujú aj zistenia, že až v 80% sa opijú raz za mesiac resp. každý týždeň (12%). Nevadí im že až v 48%

mali problémy na verejnosti, pretože boli opití. Iba v 7% uviedli, že boli opití, ale nemali problémy na verejnosti. Až v 15% mali adolescenti vymeškané hodiny v dôsledku užitia alkoholických nápojov.

Diskusia

Adolescenti denne prichádzajú do kontaktu s alkoholom, či už v baroch, na školských výletoch, na chatách, rôznych oslavách v rodine a podobne. V dnešnej dobe nie je problém pre adolescenta kúpiť si alkohol, pretože je ho veľké množstvo a možno ho kúpiť dokonca aj v novinovom stánku. Adolescenti síce majú dostatočné množstvo informácií o škodlivých účinkoch alkoholu, avšak v súčasnosti sa stretávame čoraz častejšie s podnapitými adolescentmi. Všetkých mladých láka vyskúšať alkohol s rôznych dôvodov, tí však často nevedomky skončia hospitalizovaní, pretože vypili väčšie množstvo alkoholu ako ich organizmus dokázal zniesť. No mnohokrát sa to môže skončiť aj oveľa horšie, napríklad úrazom ba dokonca i smrťou. Je potrebné poukázať na to, že mnoho mladých ľudí si neuvedomuje, ako veľmi je alkohol pre nich nebezpečný. Uvedené výsledky potvrdzujú naše predchádzajúce nálezy (Stančiak, Novotný, 2011), ktoré potvrdzujú skutočnosť, že adolescenti neskončia iba pri alkohole, ktorý je obvykle prvým krokom pri vstupe do začarovaného kruhu drogových závislostí. Z nami získaných poznatkov vyplývajú pre prax známe odporúčania, ktoré sú všeobecne zaužívané platné a efektívne v prevencii drogových závislostí:

- Organizovať na školách prednášky týkajúce sa škodlivých účinkoch alkoholu.
- Vypracovať do škôl materiály, ktoré poukazujú na škodlivé účinky alkoholu.
- Zaviesť špecifický program prevencie alkoholizmu na školách.
- Zvýšiť záujem laickej a odbornej verejnosti o problematike súvisiacej s alkoholom.
- Vytváranie pozitívneho obrazu nepitia pre deti a adolescentov.
- Presadzovanie zodpovednej konzumácie alkoholu, vzhľadom na kultúrny kontext problematiky.
- Zamerať sa na edukáciu adolescentov o škodlivých účinkoch alkoholu pomocou kníh a prostriedkov potrebných na informovanie.
- V rámci veľkej dostupnosti obmedziť adolescentom a nepľnoletým osobám kontakt s alkoholom a to tak, že sa zvýši pozornosť v obchodoch a upozornia sa predávajúci, že pri každej kúpe alkoholu sa adolescent preukáže občianskym preukazom.

Záver a odporúčania pre prax

Čím viac vieš o droge, tým lepšie pre teba. Už ti nik nenahovorí, aká je úžasná a aký po nej budeš úžasný ty sám. Ak naozaj chceš ostať „čistý“, ak naozaj chceš žiť „čistý život“, pokús sa zo všetkých síl dokázať svoje odhodlanie a chuť dať sa do boja s ňou a odolať jej nástrahám. Vyhýbaj sa ľuďom, ktorí by ťa chceli zvieŕť na šikmú plochu, ktorí ti chcú ukázať cestu do „začarovaného kruhu“. Mysli vždy na to, že tí, ktorí ťa chcú nahovoriť na drogu, nemyslia na teba a tvoje blaho, nemyslia to s tebou v skutočnosti dobre. Hľadajú totiž obeť,

ktorá by začala užívať drogy, aby na nej zarobili balík peňazí, potrebný na financovanie vlastnej závislosti.

Práca s drogovými závislými nie je ľahká a hoci naše prvé úspechy nie je vidieť, sme hrdí na to, keď môžeme skonštatovať, že ten či onen je náš „klient“. Sme hrdí na to, že klient odchádzajúci do samostatného života si nenesie so sebou ružové okuliare ani nemá pred sebou prvú cenu v lotérii. Je to plnohodnotný občan našej spoločnosti, vie rozdávať a prijímať radosť, vie si vážiť seba samého a vie odolať niečomu, čo mu nedovoľovalo realisticky pristupovať k životu a bránilo mu byť „čistým človekom“.

Prevenencia

Prevenencia (z lat. *praeventus* = zákrok vopred) - v najširšom slova zmysle predchádzanie nejakým, spravidla škodlivým vplyvom. Najčastejšie sa tento pojem používa v medicíne, kde prevenencia vlastne predstavuje súbor činností, ktoré vedú k zabráneniu vzniku chorôb, zranení a ich následkov a pomáhajú udržať optimálny stav zdravia, posilňovať ho a rozvíjať. Pri prevencii drogovej závislosti ide tiež o zabránenie vzniku a šírenia javu a jeho negatívnych dôsledkov. Všeobecne sa súdi, že predchádzanie negatívnym dôsledkom niektorých nežiaducich javov je z hľadiska sociálneho, ekonomického, zdravotného a pod. výhodnejšie ako zákroky proti už vzniknutým defektom. 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.

Keďže drogy sú problémom, ktorý zasahuje do mnohých oblastí života, nemôžeme ho riešiť izolovane, ale na základe spolupráce viacerých rezortov a inštitúcií, pretože je nevyhnutná spolupráca rôznych zložiek spoločnosti. Do preventívnych aktivít by mali byť zapojení vrstovníci, vláda, parlament, miestne samosprávy, významné osobnosti, zdravotnícke zariadenia, zariadenia pre liečbu závislostí, médiá, inštitúcie zaoberajúce sa výchovou a vzdelávaním, kultúrne zariadenia, pedagogicko-psychologické poradne, cirkev a jej zariadenia, sociálne služby, inštitúcie tretieho sektora, polícia, súdy, armáda [27].

Heller [25] uvádza, že občanovi treba poskytnúť:

- ✓ ochranu pred ponukou drogy a pred nátlakom k zapojeniu sa do nelegálneho trhu;
- ✓ poznatky, zručnosti a motiváciu k tomu, aby dokázal čeliť ponuke návykovej látky, ak sa tak rozhodne;
- ✓ možnosť vyhľadať pomoc v prípade, že je návykovou látkou ohrozené jeho zdravie, či sociálne postavenie;
- ✓ možnosť resocializácie v prípade, že bol závislý a sociálne zlyhal.

Ďalej uvádza, že výkonná moc má svoje nezastupiteľné miesto v oblasti obmedzenia prístupu drogy k potenciálnemu spotrebiteľovi, tu ide najmä o prevenciu a represiu trestnej činnosti súvisiacej s drogami, obmedzovanie „prania špinavých peňazí“, kontrolu ilegálneho zaobchádzania s návykovými látkami. Čo sa týka dopytu, tu je potrebná široká prevencia abúzu drog. Je dôležité orientovanie sa na zdravý spôsob života, v ktorom nemajú miesto

drogy, u širokých vrstiev populácie, ohrozených skupín i postihnutých jedincov. V tejto oblasti je miesto pre štátne, rovnako ako pre dobrovoľné organizácie.

Cieľom prevencie drogovej závislosti je ovplyvnenie základných prvkov konzumácie drog. Ide o orientáciu na zníženie spotreby návykových látok, posunutie veku začiatku konzumácie, obmedzenie dostupnosti návykových látok.

Prevencia drogovej závislosti je aktivita vedúca k posilneniu a ochrane zdravia a k výchove k zdravému životnému štýlu.

Primárna prevencia sa orientuje na udržanie a podporu zdravia celej populácie. Ovplyvňujú sa mechanizmy vzniku a vývoja závislosti. Je zameraná na zdravú populáciu a motivuje ju k plnohodnotnému životu bez drog. Ide vlastne o edukačný princíp o konfliktoch, krízach a zážitkoch.

Sekundárna prevencia zahŕňa pomoc v existujúcom nebezpečenstve závislosti. Snaží sa o to, aby sa čo najskôr rozpoznali symptómy či prodrómy závislosti a čo najrýchlejšie obmedziť a zmierniť následné škody pri nadmernom užívaní drog.

Súčasne ponúka rozvoj životných programov bez návykových látok. Sú to programy, ktoré sa orientujú na ovplyvnenie správania a konania, ale sú orientované i na sociálnu prácu. Ich cieľom je zmeniť systémy závislosti a dosiahnuť stav zdravia vlastným pričinením.

Terciálna prevencia sa zaoberá opatreniami, ktoré zabraňujú návratu akútneho štádia závislosti, recidívy, podporujú výsledky terapie a postupného odstraňovania dôsledkov závislosti. Ide o podporu vytvárania nového hodnotového rebríčka, aktívneho spôsobu života.

Literatúra

- [1] Ághová, L.: Hygiena. Martin : Osveta, 1993. 268 s.
- [2] Bajgar, R.: Cukr, nebo bič?, In: Reflex 39/1991, s. 18-21
- [3] Bartošovič, I.: Zdravotné a sociálne problémy rómskeho etnika. In: Hegyi, L. et al.: Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo. Bratislava : SZU, zdravotnícke vydavateľstvo HERBA, 2005. s. 18 – 22.
- [4] Bašková, M.: Možnosti intervencie zameranej na zlepšenie výživy tehotných žien. In: Praktická gynekológia. Vol. 12, 2005, č. 2, s. 61 -64
- [5] Beniak, M.: Sociálne lekárstvo. Bratislava : LFUK 1991
- [6] Biggs, G., Freeman, R. K., Sumner, J. Y.: Drugs in Pregnancy and Lactation. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994
- [7] Budka, I., Netík, K., Neumann, J., et al.: Osobnosti kriminálneho toxikomana. Bratislava : Lekárska Fakulta UK, 1991
- [8] Bergert, J.: Toxikomanie a osobnost. Praha : Victoria publishing, 1995
- [9] Čech, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 534 s.
- [10] Čerňan, M.: Primárna, sekundárna terciálna prevencia v rámci protidrogovej politiky. Bratislava 1996
- [11] Dimoff, T., Carper, S.: Berie vaše dieťa drogy? Bratislava 1994

- [12] Doležal, J. X.: Substituční kličkovaná, In: Reflex 5/1996, s. 40- 41
- [13] Dóczeová, A., Krčméry, V., Novotný, J. a kol.: Vybrané kapitoly z klinickej farmakológie a chemoterapie. Prvá reedícia. Bratislava : SAP, 2004, 101 s.
- [14] Drobná, H.: Metadonová udržiavacia liečba v gravidite a jej vplyv na plod a novorodenca. In: SlovGynekPôr 2000, 7 (3):154-156
- [15] Drobná, H. et al.: Závislosť od psychoaktívnych látok v gravidite na Slovensku v rokoch 1995-2000. In: Neonatologické listy, Praha, 7, 2001, (3):102-104
- [16] Drobná, H., Huttová, M.: Matka závislá od drog a jej novorodenec. Neonatálny abstinčný syndróm. Alkoholizmus a drogové závislosti. In: Protialkoholický obzor 31, 1996, 5. 3-4
- [17] Drobná, H., Velemínsky, M.: Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. Jihočeská univerzita, České Budějovice : Zdravotně sociální fakulta JCU, 2000, 128 s.
- [18] Fanaroff, A. A., Martin, R. J.: Neonatal Perinatal Medicine. Diseases of The Fetus and Infant, Fifth edition, St.Louis : Mosby, 1992
- [19] Finnegan, L. P.: Prenatal Drug Exposure. In: Clinical Manual of Substance Abuse, second edition, Philadelphia : Mosby, 1992, p. 574-583
- [20] Finnegan, L. P., Kandall, S. R.: Maternal and Neonatal Effects of Alcohol and Drugs. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. (Eds): Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Maryland : Wiliams and Wilkins, 1992, 628 pp.
- [21] Finnegan, L. P. et al.: A Scoring System for Evaluation and treatment of The Neonatal abstinence System. A new Clinical and Research Tool. In: Morcelli, P. L., Garattini, S., Sereni, F. (Editors): Basic and Therapeutic aspects of Perinatal Phamacology, New York : Raven Press, 1975, p. 139-155
- [22] Fischer, G.: Treatment of Opiod Dependence in Pregnant Women. 2000, Addiction, 95, 8: 1141-1144
- [23] Frouzová, M: Ženy a drogy. Alkoholizmus a drogové závislosti In: Protialkoholický obzor 28, 5: 271-281
- [24] Hajný, M.: O rodičích, dětech a drogách. Praha : Grada 2001
- [25] Heller J., Pecinovská O. a kol.: Závislosť, známa neznáma. Praha : Grada, 1996
- [26] Hinšt, J., Štencl, J.: Vplyv psychoaktívnych látok na ženský organizmus. In : SlovGynekPôr 1998, 5(2):87-92
- [27] Hupková, I.: Stratégie a programy prevencie drogových závislostí vo voľnočasových aktivitách. In: Pedagogická revue – mimoriadne číslo 1998, s. 61 – 65.
- [28] Hupková, I.: Spoločenská prevencia drogových závislostí - stratégie a programy vo vzťahu k voľnočasovým aktivitám a kultúrno-osvetovej práci. In: Preventívne programy pre tretie tisícročie. Zborník príspevkov z konferencie (v tlači).
- [29] Huttová, M.: Drogy a gravidita. In: Lekárske listy, 1998, 6:1-7
- [30] Huttová, M., et al.: Negatívne účinky fajčenia v gravidite. In: Alkoholizmus a drogové závislosti. Bratislava : Obzor. roč. 36, 2001, č.1, s. 66.

- [31] Janoušek, J. a kol.: Sociální psychologie. Praha : SPN 1998
- [32] Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha : Úřad vlády České republiky 2003
- [33] Kandall, S. R.: Improving Treatment for Drugs-Exposed Infants. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 1993, DHHS Publication no (SMA).
- [34] Kolibáš, E., Novotný, V.: Súčasná drogová scéna a forenzně psychiatrická praxi. Alkoholizmus a drogové závislosti. In: Protialkoholický obzor 30, 1995, 1:11-19
- [35] Koščo, J., kol.: Poradenská psychológia. Bratislava : SPN 1987
- [36] Komárik E., Podhradský J.: Drogová závislosť. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990
- [37] Kukla, L., Hrubá, D., Tyrlík, M.: Alkohol a drogy v tehotenství. Rozdíly mezi kuřačkami a nekuřačkami. Alkoholizmus a drogové závislosti In: Protialkoholický obzor 34, 4: 193-202
- [38] Macků, F., Macků, J.: Průvodce těhotenstvím a porodem. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998, 328 s.
- [39] Macků, J., Krejča, J.: Atlas léčivých rostlín. Bratislava : Veda 1987
- [40] Mariani, K., Martinovec, M.: Alkoholizmus u žien. Alkoholizmus a drogové závislosti In: Protialkoholický obzor 35, 2/2000, s. 161-167
- [41] Maršál, K.: Toxické vplyvy v tehotenství. In: ČECH, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 534 s.
- [42] Martius, G., Breckwoldt, M., Pfeleiderer, A.: Gynekológia a pôrodnictvo. 2. vyd. Martin: Osveta. 1996, 656 s.
- [43] Masár, O., Drobná, H.: Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti. Bratislava : Charis, 2001, 122 s., ISBN 80-8874342-7
- [44] Mihota V., Nerád J., Neradová L.: Psychoterapia závislosti na alkohole a iných látkach. Praha: Výskumný ústav psychiatrický, 1981
- [45] Mikulaj, V.: Výživa a životospráva v ťarchavosti a počas dojčenia. In: Slovenská gynekológia a pôrodnictvo. roč. 7, 2000, č. 3, s. 144-146
- [46] Miovský, M.: LSD a jiné halucinogeny. Brno, 1996
- [47] Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Praha : Portál, 2000
- [48] Nešpor, K.: Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. Praha : Portál 1995.
- [49] Nešpor, K., Zima, T.: Alkohol u žien – špecifická rizika. In: Alkoholizmus a drogové závislosti. Bratislava : Obzor, roč. 36, 2001, č. 4-5, s. 308.
- [50] Nociar, A.: Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava : ASKLEPIOS, 2001. 364 s. ISBN 80-7167-044-8
- [51] Novomeský F.: Drogy. Advent. Orion, 1995
- [52] Novotný, J.: Klinická toxikológia. In: Štandardné diagnostické postupy, Martin : Osveta, 1998, s. 293-307.

- [53] Novotný, J.: Toxikológia, In: Kováč, G., Pecháň, I.: Základy racionálnej klinicko - biochemickej diagnostiky. Bratislava : PARTNERS 2008, v tlači
- [54] Novotný, I.: Program Škola bez alkoholu, drog cigariet. Bratislava, 1996
- [55] Novotný, J., Novotný, M.: Drug nephrotoxicity and its prevention. In: Biologia, Bratislava, 2000, 55, Suppl. 8: 95-102.
- [56] Novotný, J.: Etické problémy diagnostiky a farmakoterapie v ochrane života. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 25-26.
- [57] Novotný, J.: Niektoré osobitosti jedinca vo vyššom veku. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 106-115.
- [58] Novotný, J. et al.: Non-communicable (civilization) diseases and prevention. In: Journal Health Sci Manag and Public Health 8(1), 2007, p.96-106.
- [59] Ogston, S. A., Parry, G. J., Euromac, A.: European concerted action, maternal alcohol consumption and its relation to the outcome of pregnancy and child development at 8 months. Result-strategy of analysis of pregnancy and outcome. In: Int. J. Epidemiol. 1992; 21 Suppl1: 545-71
- [60] Okrulica, L.: Heroín abstinencia. Ako predchádzať recidívam. Šamorín, 1994
- [61] Okruhlica L.: Medicínske aspekty drogovej závislosti. Bratislava, 1995
- [62] Olofsson, M.: Consequences of Drug Misuse During Pregnancy. Pregnancy and Drug Misuse. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Strasbourg, 1997
- [63] Ondruš, D.: Toxikománia strašiak či hrozba? Martin : Osveta 1994
- [64] Podhradský, J., Komárik, E.: Drogová nezávislosť alebo ako sa nestáť toxikomanom. Bratislava, 1990
- [65] Presl, J.: Drogová závislosť, môže byť ohrozeno i Vaše dieťa? 1. vydání, Praha : Maxdorf 1994.
- [66] Rätsch, Ch.: Konopí. Léčebný prostředek dejinách lidstva. Brno, 1994
- [67] Rokytová, V.: Poruchy šestinedělí. In: Čech, E. et al.: Porodnictví. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 534 s.
- [68] Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Praha : Grada, 1999
- [69] Skála, J.: Alkohol a jiné / psychotropní/ drogy: abuzus závislost. Praha, 1986
- [70] Skála, J.: Závislost na alkoholu jiných drogách. Praha, 1987
- [71] Staněková, D. et al.: Štúdia prevalencie infekcie HIV a iných sexuálne s krvou prenosných infekcií u gravidných žien. In: Derma, 2005, 5(1):10-14
- [72] Stančiak, J., Novotný, J., Ševcova, H.: Intoxikácie a návykové látky u jedincov vo vyššom veku. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s.126-139
- [73] Štefanovič, J., Greifinger, J.: Psychológia. Martin : Osveta 1987
- [74] Strömmland, K., Hellström, A.: Fetal Alcohol Syndrome – An Ophthalmological and Socioeducational Prospective Study. 1992, In: Pediatrics, 97, nr. 6, 845-850
- [75] Šutovec, J. a kol.: Psychologická pedagogika. Martin : Osveta 1994

- [76] Urban, E.: Toxikománie. Praha : Avicenum 1993
- [77] Úrad vlády SR, Výbor ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog, Generálny sekretariát Výboru drogovú závislosť a kontrolu drog: Národný program boja proti drogám do roku 2003 a s výhľadom do roku 2008, Bratislava, 2000
- [78] Valíček, P., Horák, V.: Koka. In: Remedia 1993, č.3
- [79] Valíček, P., Horák, V.: Ópium. In: Remedia 1993, č.4
- [80] Valíček, P., Horák, V.: Konopí. In: Remedia 1994, č.1
- [81] Vašečka, M.: Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky. 2002. 911s.
- [82] Velemínsky, M., Žižková, B.(Eds.): Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. 1. vydání, Praha : Triton 2008, 341 s., ISBN 978-80,7387-095-9
- [83] Višňovský, P., Valentík, M.: Človek v bludnom kruhu. Martin : Osveta, 1989
- [84] Zauchau-Christiansen, B.: The Influence of Prenatal and Perinatal Factors on Development During The Firstyear of Life. Helsiger : Poul A. Anderson, 1972
- [85] <http://www.britannica.com/EBchecked/topic-art/56792/116886/An-early-bottle-of-Bayer-heroin>
- [86] kosice.upjs.sk/~kbch/skripta_2007/5_enzymy.pdf
- [87] www.who.sk/data/health.21.html Zdravie 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie v Slovenskej republike (WHO Liaison Office in the Slovak Republic). Svetová zdravotnícka organizácia – Regionálny úrad pre Európu, Kodaň 1999.
- [88] <http://wapedia.mobi/sk/Etanol>
- [89] <http://www.szu.sk/ine/verejnezdravotnictvo/2008/2008-4/salamonova.htm>
- [90] http://magazin.ceskenoviny.cz/zdravi/index_img.php?id=1795
- [91] http://zpravy.idnes.cz/polonahy-narkoman-z-nemecka-desil-brnany-ffv-/brno.asp?c=A090203_123958_brno_krc
- [92] http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Heroin_aufkochen.JPG
- [93] Gráfiková, K.: Ergoterapia ako spôsob liečby u drogovú závislých, UCM Trnava – IFBLR Piešťany, 2009, Bakalárska práca
- [94] <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=Suhrn2008>
- [95] Stančiak, J., Novotný, J.: Problematika závislostí na návykových látkach a ich prevencia. Martin : Matica Slovenská, 2010, v tlači
- [96] Stančiak, J., Novotný, J., Kopáčiková, M.: Problematika drogových závislostí a ich prevencia. Monografia, Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2009, 221 s., ISBN 978-80-8084-499-8

PROSPECTIVE APPROACHES TO FORMING OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF STUDENTS OF MASTER'S DEGREE PROGRAM IN NURSING

Volodymyr Svyrydiuk, Vasyl Svyrydiuk

Zhytomyr Nursing Institute

Abstract

This article contains the analysis of the prospective approaches to forming of the communicative competence of the masters in nursing. Also here is accentuated the significance of the occupational and scientific competence as crucial components of Ukrainian education program for masters in nursing.

Key words

Nursing, Masters in Nursing, Communicative Competence.

PROSPEKTÍVNY PRÍSTUP K FORMOVANIU KOMUNIKAČNÝCH SCHOPNOSTÍ ŠTUDENTOV MAGISTERSKÉHO ŠTUDIJNÉHO PROGRAMU V OŠETROVATEĽSTVE

Abstrakt

Predkladaná práca obsahuje analýzu prospektívnych prístupov k formovaniu komunikačných schopností magistrov ošetrovateľstva. Zdôrazňujeme význam pracovných aj výskumných schopností ako kľúčových zložiek vzdelávacieho programu pre magistrov ošetrovateľstva na Ukrajine.

Kľúčové slová

Ošetrovateľstvo, magister ošetrovateľstva, komunikačné schopnosti.

General statement of the problem and its connection with important scientific or practical tasks.

The IT penetration to all spheres of the human activities to the date has resulted in appearance of the new social formation – the postindustrial information society. Humankind spent three million years in forests, three thousand years – on the fields, three hundred years – in the workshops of plants and factories and thirty years – before PC monitor.

Beginning from John Amos Comenius, the classical pedagogics reliably served to the industrial epoch but has become inadequate for the information society and therefore, the demand in the new educational paradigm was raised. The following components of the industrial society education have obviously become non-effective: education – for the purpose of production; knowledge gained in juvenility – the reserve for a whole life; the teacher shares with knowledge, while the student masters it; the book as the main tool for information

storage and handing down; stable structure of the educational disciplines and rigidity of educational process arrangement accentuated to the lectures, etc.

The demand in the new postindustrial pedagogics has raised a long time ago, and it is being actively developed by world scientific and pedagogical community. The modern pedagogics is being added by the new prospective approaches such as, for example, connectivism, where the studying is considered as the e-network creation process, the nodes of which are people, organizations, libraries, books, magazines, data bases or any other information sources [5].

As a matter of fact, the access to education has become the access to the informational sources and educational services, thus enabling not only consuming but also developing of the educational resources by those, who is in the process of study. Therefore, the studying process has evolved from sharing with information and knowledge to thereof production.

The modern requirements for development of Ukrainian State reveal a lot of current problems including the reformation of the nurses' education.

The mastering by masters in nursing of the fundamental communicative competence is considered to be of special actuality among the psychological and pedagogical aspects of multilevel education for the nurses corps.

Forming of article objectives (Task setting)

The development of the communicative competence is considered to be the strategic point of the education of the future specialists in nursing. Multiple-aspect structure of the nurse activity lays down the certain requirements to her individual psychological features and professional qualities, and especially to the level of the communicative competence. It is known that the prevailing tendency in the Ukrainian pedagogics is that the future specialists' professional education shall be defined by the term of 'competence', while the competence-based approach shall be considered as advanced methodological approach for validation of Ukrainian State Educational Standards.

However, there are significant contradictions within the pedagogical practice and theory, in particular:

- Between recognition of the competence-based approach as defining one as to the validation of Ukrainian State Educational Standards in the framework of medical education for the future specialists and the lack of understanding of the said approach requirements by managers and subjects of the educational process within the higher medical educational institutions.
- Between the scientific content of the 'communicative competence' term and ambiguous interpretation of it meaning by managers and subjects of the educational process within the higher medical educational institutions.

The objective of our research is the theoretical analysis of the communicative competence of the future nurses with completed higher nursing education – the masters in nursing.

The following scientific research methods were applied in order to succeed in attaining the objective: mathematical modeling, content-analysis of the regulatory and legislative documents, and as well the structural analysis and logical summarizing methods.

Description of the primary materials used in research and complete grounding of the final scientific results

The problem of the professional education of the masters in nursing is considered to be rather new within Ukrainian pedagogical science. The research of problems range in completed higher nursing education has been initiated just in independent Ukraine. The analysis and summarizing of the scientific works devoted to the aforesaid problem enables us to mark out two following phases:

The first phase (the nineties of XX century... the beginning of XXI century) was characterized by the appearance of the researchers' interest in the higher nursing education, defining of thereof substance, directions, content and study of the international experience.

The second phase was commenced in 2008. Chronologically it coincided with the initial implementation in Ukraine of the educational program for the first masters in nursing; with establishment for this purpose of Zhytomyr Nursing Institute, Educational and Scientific Institute of Nursing attached to Ternopil National Medical University n.a. I. Gorbachevskyi, Nursing departments in Bukovyna State Medical Academy and Kharkiv National Medical University.

The following scientific and information editions were initiated to be published in 2008: magazines – 'Master in Nursing' and 'Ukrainian Nursing', Bulletins with materials of the annual Ukraine-wide scientific and practical conferences 'Higher Education in Nursing: Problems and Prospects', 'Zhytomyr Nursing Institute Bulletin'.

According to the order by the Ministry of Healthcare of Ukraine and National Academy of Medical Sciences of Ukraine no. 522/51 dated: 2008-09-12 'On higher medical education development concept', Zhytomyr Nursing Institute was defined as key organization responsible for domestic implementation of the multi-level nursing education.

Due to the above mentioned arrangements and commencement of the scientific researches of the masters in nursing, the second phase has been characterized by rapid widening of the research problems range; by study of the advanced technologies for occupation-oriented education including pedagogical, medical and psychological aspects of the communicative competence within the multi-level nursing education.

The term of 'communicative competence' was put into scientific circulation in 1972 due to American linguist D. Hymes who had replaced the term of linguistic competence limited only by linguistics itself by the new definition [6].

Following the communicative competence withdrawal from linguistics branch, thereof widening and supplementation of the communicative competence term as integral component of the occupational competence by D. Hymes, there have been created the series of it branch models. In doing so, the each researcher has found out and paid attention to the significant aspects of the communicative competence being beyond the limits not only of linguistics, but

pedagogics as well. Different aspects of the communicative competence became not only the objects for studying, but also of active application by psychologists, healthcare practitioners, newsmen, politicians, law-officers, military servicemen and representatives of other professions, which had discovered the occupational communicative competence features being the specific for thereof appropriate branches [5, 6].

As a process, the communicative competence can be laid down in the form of the information matrix: heard, seen, read → remembered, understood, emotionally tinged → told, shown, written (Figure 1).

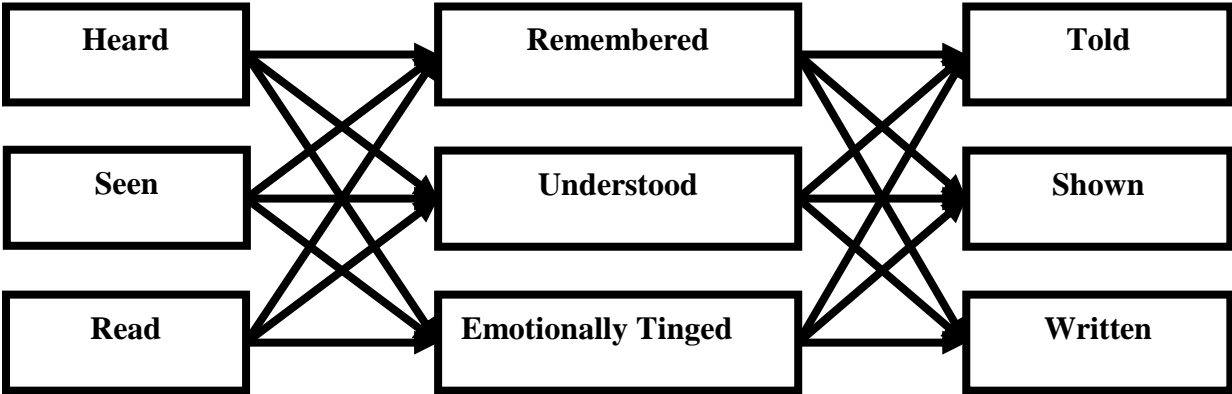


Figure 1. Communicativeness as the process.

Being expressed in mathematical symbols of vector algebra, the information collection, storage and reproduction processes matrix shall be as follows (Figure2).

$$\mathbf{X} = \begin{pmatrix} X_{1,1} & X_{1,2} & X_{1,3} \\ X_{2,1} & X_{2,2} & X_{2,3} \\ X_{3,1} & X_{3,2} & X_{3,3} \end{pmatrix}$$

Where: \mathbf{X} - Resultant Vector;
 $X_{1,1}$ - Heard;
 $X_{2,1}$ - Seen;
 $X_{3,1}$ - Read;
 $X_{1,2}$ - Remembered;
 $X_{2,2}$ - Understood;
 $X_{3,2}$ - Emotionally Tinged;
 $X_{1,3}$ - Told;
 $X_{2,3}$ - Shown;
 $X_{3,3}$ - Written.

Figure 2. Information Vector Matrix

Therefore, we define the communicative competence term in wide sense of this word as knowledge of the information collection and distribution regularity. In the narrow sense, it is the art of being understandable and convincing.

Taking into account such widened understanding of the communicative competence we propose own classification of this term.

The communicative competence is divided into the following different types:

- I Everyday communicative competence.
 1. Universal communicative competence;

2. Crooks' and swindlers' communicative competence;
3. Communicative competence of persons rendering the sexual services.

II Professional (Occupational) communicative competence.

1. Pedagogical;
2. Psychological;
3. Medical;
4. Politicians' communicative competence (diplomacy, oratorical skill, rhetoric, skills in polemics in the time of live broadcasting, PR, charisma, disinformation, falsifying of history, ideologizing and division of the society by parties, interests, etc).
5. Military servicemen's communicative competence (cryptology);
6. Religious communicative competence (the communicative competence of preachers – spiritual consolidation, cultivation of religious moral values and religious world-view, separation and grouping of the believers into religious communes, etc.);
7. Legal communicative competence of the law-enforcement officers: investigation officers, prosecutors, judges and attorneys;
8. Businessmen's communicative competence (the art of gaining partners' confidence);
9. Art communicative competence (literature, music, theater, variety art, painting, sculpture, cinema, radio, television and other art genres inclusive of mass media) the defining sign of which, is the ability to give rise to admiration and esthetic pleasure;
10. Newsmen's communicative competence (collection and distribution by mass media not only of the true information but also disinformation, creation and dethrone of idols, unmasking, PR, forming of charisma, glorification, falsification, slander, discredit);
11. Other professional (occupational) communicative competence types.

III. Scientific communicative competence.

Speaking about the domestic communicative competence it shall be necessary to lay stress on fact that it is gained by the people as earlier as in childhood during the process of sociologization and forming of the personality. The everyday communicative competence mainly depends on the education, however, the education is not considered to be the defining one for the aforesaid type of the communicative competence as even unversed people succeed in solving of thereof problems due to the developed communicativeness, right mind and inherent wordly wisdom.

The everyday communicative competence is divided into:

- 1) Universal communicative competence;
- 2) Crooks' and swindlers' communicative competence;
- 3) Communicative competence of persons rendering the sexual services.

The universal communicative competence being especially characterized by basing on benevolence and respectability is considered to be the integral component of humanism. Notwithstanding the fact that the term 'communicative competence' itself did not exist in the past, the people have been always able to communicate competently in daily life. The examples of refined universal communicative competence could be found as far back as in ancient cuneiform and papyrus texts. To the date, the universal communicative competence has evolved in four, mainly oral genres being widely used for communication: proverbs, aphorisms, toasts and anecdotes (funny stories).

Unlike the universal communicative competence, the crooks' and swindlers' communicative competence is considered to be the art of deception, manipulation of the people, fomentation of excitement, abuse of confidence, play around with weak (miraculous healing, relief of curse, evil eye, hex, damage, celibacy wreath, infertility, preparation of love potions, clairvoyance, hypnosis, etc.) and dark sides of the human's soul: avarice, envy and vanity.

One more spread type of the everyday communicative competence is the communicative competence of persons rendering the sexual services with the aim of profit: prostitutes, geisha girls, dancers, strippers, poodle-fakers, 'Tycoon's bleeders' and other sweepers and cleaners of the rich men's pockets and wallets. All of them have absolutely mastered the rules of play around with brutish instincts and inclinations of the human's nature, verbal (the art of communication) and not verbal (body language) methods for the human's shortcomings and weaknesses exploitation.

We shall not describe the aforesaid types of the everyday communicative competence in details. Both of them are based on disinformation, i.e. skills in competent trying to pass the desirable for reality and vice-versa. Let us only cite the one remark of Otto von Bismarck on this issue: 'People never lie so much as after a hunt, during a war or before an election' and one's of Arthur Schopenhauer: 'All of scoundrels, unfortunately, are sociable'.

We are mostly interested in the everyday communicative competence phenomenon generated by the current phase of the human civilization development – appearance of the 'Webman or Interman'.

There two alternative tendencies of the Internet influence on the modern people revealed to the date.

1) Positive influence:

- Principally new level of science, technique and culture development providing the humanity with the ability of self-actualization for every person;
- Widening of the geographical areas for economic, scientific and cultural cooperation – prompt access to the global art masterpieces, media and storages of economic, scientific, secret information, etc;
- Ability of work without any need to leave the home, thus doing it rather actual for physically disabled people.

2) Affects:

- Changing of modern human's mind conditioned by specific dependence on the Internet;
- Breakdown of the spiritual and moral values conditioned by anonymity, permissiveness, impunity, cybercrime, network fraud, etc;
- Deficiency of respect to the virtual interlocutors' opinions, ignoring the intellectual property copyrights, total plagiarism, intolerance to dissent, ardor for network disorderly conduct, etc.

Intellectually developed people possessing all norms of verbal and written communication use the Internet as unlimited ability for improvement of the cultural language level (for example, as facility for mastering the foreign language), presentation of own ideas, inventions, discoveries, etc.

At the same time there are a lot of self-murderers', drug addicts', terrorists – beginners', etc. clubs within the web.

Frequently anyone could see the breach of people's behavior adequacy: derealization, loss of life guidelines, breakdown of morality and spiritual values, displacement of personality structure core.

The scientists analyzed and ascertained that appearance of the pathological dependence on or addiction to the Internet is obeyed to the certain regularities.

The first stage – anyone starts to work within the web; it is become interesting for him and he tries to use the Internet for the work and entertainment. This shall be normal if the established proportion between work and entertainment having been in habit of the formed personality prior to get acquaintance with the web is met.

While, the second stage, when anyone spends all the time in the web looking for entertainments, shall arouse anxiety. It should be the good sign if such person comes soon to the third stage – calm and balanced attitude for the Internet, when it is used only if required. The most part of people rapidly pass through the first two stages and stay within the third one. However, some users can be taken up by the second stage. They become dependable on web sites, discussion of flagrant, often sexual or criminal issues in the chat forums or by special teleconferences 'for adults' feeling the euphoria from being inside the web. Being outside the web, such persons become irritable, feel the spiritual bankruptcy or depression. At the same time, thereof lexical stock becomes significantly less therefore, resulting in difficulties to communicate with the other people outside the web. Upon returning to the real life they consciously strive for separation from surrounding people. In order to recover from own condition they could not be ever left without psychologist's or even mental physician's aid [2].

Formation and development of the human civilization have been always accompanied by aspiration for analysis of the spirituality in the human and as well for studying of thereof rational and irrational sides. Over the centuries there were created the theoretical models of the human being mainly accentuated to the human's dependence on depersonalized social

strengths. Despite of the fact that any model simplifies and distorts the reality, each of it shall be useful for understanding of the reflected phenomena.

Below is far from being the full list of the most known models of the human: 'Man of Loneliness' (D. Riesman), 'Man of Riot' (A. Camus), 'Class Inherent Man' (K. Marks), 'Superman' (F. Nietzsche), 'Švejk Man' (J. Hašek), 'Man of Crowd' (José Ortega y Gasset), 'Man of Single Dimension' (H. Marcuse), 'Man of Estrangement' (N. Elias), 'Consumer Man' (E. Fromm), 'Lost Man' (V. Iadov), 'Man of Paradox' (Zh. Toshchenko), 'Man of Disaster' (V. Shubkin), 'Homo Post-Soveticus' (Iu. Levada), 'Man of Transition' (S. Smirnov), 'Cyborg Man' (T. Chesnokova), 'Mutant Man' (S. Khoruzhyi), 'Clone Man' (A. Kurzweil), 'Man of Magic' (J. Rowling), 'Chimera Man' (V. Svyrydiuk), 'Webman or Interman' (I. Dievtierov).

Moreover, to the date, anywhere and rather often anyone could meet people continuously speaking about the connection with space and calling themselves as extrasensory perception adepts. Do not believe them! They are either signal officers, or disguised astronauts.

The appearance of the Intermen was conditioned by opening of the new horizons for interactivity by virtual reality. The modern 'web' generation has replaced the 'screen' one, where it was the one-street way (with TV-set); now it is time of interactivity epoch, i.e. anyone who wants can actively participate in virtual web processes.

Speaking about the above, I. Dievtierov opportunely states: 'If the 'screen' generation has been only passively bombarded by the different type information flows without any possibility to influence anyhow on it content, the 'web' generation grows in the interactive mode, i.e. mode of active communications and availability of constant feedback with any web site or simple respondent within the global network [2].

'Webman' was also divided by him into the following subspecies:

- Interman-Marginal – User of information just 'living' within the web;
- Interman-Hacker (User of hidden information);
- Interman-Creator (Designer of innovative information projects).

The virtual pseudoreality modifies the mind and world-view of the young person. Having 'returned' from the virtual world, the teenager brings with himself another universal values scale and the other direction of activities. As by I. Dievtierov: 'Interman can be so called if it is a man of XX century, whose life is the centerpiece of the web. The Interman's personality is being formed inside the web and belongs to the network communities. Interman makes plans only on the basis of abilities granted within and by the web; he is emotionally and intellectually attached to it, depends on processes taking place within the cyberspace, feels delights and shocks due to the events occurring within the web; falls in love and hates through the web, seeks for help and support through and only within the web. Interman is mentally attached to the processes inside the web directly regarding him as only such processes are considered by him to be real and deserving his attention and time [2].

Among the types of professional communicative competence, the medical one is considered to be of great interest for the nurses. It has a lot of aspects but only main of it shall be included in this survey.

Among it there is the communicative competence of the healthcare practitioners in the time of collection the data required for diagnosing. The patients' examination shall be started from questioning having the aim of getting information from the patient about his disease and related sensations. Questioning of the patient is also called as taking of anamnesis history (from Greek 'anamnesis' - recollection). Though the anamnestic data are of some subjective character, it, however, play a key role in the time of diagnosing. It shall be noted that in any even highly specialized medical branch, for example, ophthalmology, dentistry or psychiatry, the methodology of taking the anamnesis history is completely proven.

From henceforth, during the process of treatment and communication between the patient and the healthcare practitioners, there shall be usually established one of three relationship models: authoritarian, partnership-like and contractual.

1. The authoritarian or managing model shall be treated as the main, widely-spread form of relationship 'Healthcare Practitioner – Patient'. This is rigid model, where the leading role is played by the healthcare practitioner. The healthcare practitioner predominates in relations, takes an active leading position, defines the treatment and care strategy and approaches on his own discretion. All decisions on treatment and diagnostic process key items are made only by him, as well as he bears all and full responsibility: legal, moral and psychological. Usually, such type of relationship is not being imposed by the healthcare practitioner on the patient. It is established in spontaneous way by tacit consent between the parties. The matter is that in most cases (especially in the event of serious injures or acute disease) the patient having no particular problems with health and contacts with medicine beforehand, gets into unusual, not understandable and not controlled by him situation. He is forced to rely completely upon the occupational competence and the high moral qualities of the healthcare practitioners. The patients chose such type of relationship themselves as understand their full dependence. In case of the authoritarian model the patient is a dependable and passive object. Therefore, the healthcare practitioner shall be responsible to the great extent. He is obliged to demonstrate the strong sureness even in cases when there are any reasons to doubt in proper diagnosis or chosen treatment strategy and approach. It shall be unacceptable to consult with the patient or propose him any alternative options. The latter does not expect it from the healthcare practitioner. The patient has not required knowledge for proper situation evaluation and choice. In no cases it shall be allowed to make the psychological distance shorter. The patient is affected by changes in previously planned and brought to his notice actions, for example, if the operation or manipulation procedure set for the certain date is postponed. Should there be any objective reasons, it shall not justify the healthcare practitioner in the patient's eyes. Should the authoritarian model be selected, the patient shall not have the possibility to chose a doctor or medical department; he shall be directed in urgent order to the closest emergency narrow-specialized steady-state hospital and therefore, he shall have nothing to do than fully confide in the healthcare practitioners and hope that what is being done, being done in proper way and in time. Such model is inherent in governmental steady-state healthcare institutions (hospitals) where ideally the urgent medical aid should be rendered to all who it requires, and moreover, in time and on free of charge basis.

The substance of the authoritarian model that has formed in Ukraine by the current moment is explained in the best way by famous Kyiv surgeon, professor O. Bobrov: ‘If come to think of it, those men who put on the white and green smocks or coats and as terrorists hid their faces under masks, everyday pick the bodies fastened to the tables and poisoned by the narcosis to the extent disabling it ability to resist; cut, ablate or suture up anything. And what is interesting most of all, they never particularly speak about what, how and why they do it. And finally, it is extremely offensive to society that usually they do not give 100% guarantee for the works done covering by cynical phrase: ‘Surgery is not exact science; no money shall be returned’.

2. Partnership. The partnership-like model of the relationship ‘Healthcare Practitioner – Patient’ is considered to be more democratic. Being the model of not authoritarian interaction it assumes the active participation of the patient in the treatment process. At the same time it is assumed that the patient shall bear the certain portion of responsibility, participate in making of the common decision in the time of determination of the treatment strategy and approach. The discussion of the alternative options for the treatment and diagnostic process arrangement is considered to be not only possible, but even expedient. In order to establish such style of communication, the patient shall necessarily have the certain, rather high level of awareness of the problems with his health. Frequently, such a style is being formed in the time of outpatient practice when the patient is the healthcare practitioner himself, or if the patient suffers from chronic disease, such as insular diabetes, essential hypertension or gout, etc., and he knows all the issues related to the said disease. The basis for such communication type is empathetic approach from the side of the healthcare practitioner. The empathy provides for deeper psychological intimacy, however, the close personal relations with patient should not be desirable. Such a model can be applied either in state or private medicine. It is a model that ensures the declared patient’s right to choose the doctor.

3. Contractual model. Under conditions of paid medical service (insurance or private) there has been established the contractual (agreement-based) model of the relationship ‘Healthcare Practitioner – Patient’. It provides for the possibility of the treatment and diagnostic process control by both parties. In the framework of the contractual model, the healthcare practitioner and the patient enter the treatment process upon the written agreement. Failure to meet the provisions and requirements clearly stipulated thereto in the contract might be the ground for conflict situations even legal proceedings initiation. The above is concerned not so much of the medical errors, the proof of which is rather difficult for experienced lawyers or experts in medicine, as the breach by the healthcare practitioner being the patient’s attorney of confidentiality (medical secrecy). The confidentiality shall be of especially actuality in the time of so called VIPs treatment. The higher ranked politicians, mass media stars and tycoons fall ill not less frequently than average citizens. However, any information about thereof private life including the diseases they suffered or current problems with health is being extremely high paid by the owners of tabloids, TV channels and other mass media sources of pulp character. It is understood that the relationship between the healthcare practitioner and elite group of the patients are being based mainly on the trust, however nothing shall favor it strength as the financial component fixed in the contract.

Taking into account the above models, but mainly depending on the multi-level education level and gained occupational communicative competence, there shall be established the relationship between the nurse and the patient.

In order to render the efficient and qualified aid, the certified nurse shall not only perfectly master the required system of occupational knowledge, abilities and practical skills, but also perfectly master the art of communication. The following shall be considered as components of the certified nurse communicative competence: the skills in carrying on the dialog with the patient, the ability to empathy, as well as to take an adequate position in specific situations in order to protect the patient against loss of belief in recovery, and finally, the skills in active and tactful interaction with colleagues.

Forming of the communicative competence shall be inseparable and in line with forming of the spiritual and valuable principles for the future healthcare practitioners. The best traits of the nurse as the nurse of charity, especially within palliative medicine, are considered to be the most required by doomed to the death patients whose life can not be saved by medicine, however, who might be given with care and love in order to provide them with a possibility to live out their days with dignity and without suffering.

It shall be noted that at the initial phase of study, the medical students usually do not have any skills in interpersonal communication, treat differently the certain situations, frequently show the intolerance to those who disagrees with them. The part of such students has overrated self-appraisal, thus also preventing the possibility of harmonic interpersonal communication establishment; therefore, it is not a secret that the first year students of the higher medical educational institutions are characterized by generally low level of the communicative competence.

Therefore, the communicative competence shall be formed during all education period. Arrangement of the pedagogical activities in the part of forming of the communicative competence of the higher medical educational institutions students can be conditionally divided into two phases: theoretical and practical ones.

The theoretical phase aimed to the gaining by the students of the knowledge related to all aspects of the communicative competence, in particular: communication as special and integral direction of the healthcare practitioner's activities; peculiarities of the interpersonal interaction between the subjects of medical branch; perceptive, not verbal, paralinguistic and extra-lingual communication facilities; iatrogenias as result of breach of the communicative interaction between the healthcare practitioners and the patients; deontology as ethical basis for the communication, etc. The mastering of the aforesaid theoretical elements of the communicative competence forming among the students of the higher medical educational institutions shall be done by simultaneous studying of the educational disciplines: 'Fundamental psychology and interpersonal communication', 'Nursing ethics and deontology', 'Fundamental Nursing' and 'Nursing in family medicine'. Moreover, the sociolinguistic (language-based) component of the communicative competence shall be formed with studying the humanitarian subjects, in particular, philosophy, history, Ukrainian language – occupational application, etc.

The practical phase aimed to the gaining by the students of the higher medical educational institutions of knowledge abilities and skills in the communicative competence that is being formed during the performance by the students of the practical tasks and by thereof involving to performance of the occupationally-oriented tasks when studying the clinical disciplines. The skills in communication with all categories of the patients shall be clearly proven and only then, the nurse would apply it either in daily, or in urgent situations. For this purpose it shall be reasonable to apply the innovative methods of the interactive studying, which shall help in development of communication skills, mastering the situational tasks performance algorithms; statement, discussion and collective solving of the problem; holding of business games, imitation trainings; clinical situations modeling; and development of nursing care standards. The elements of the communicative competence forming process shall be included into all algorithms envisaged for nursing manipulations performance.

Taking into account the educational and qualification capacity, the master in nursing shall significantly differ from certified nurses and the nurses having the bachelor's degree. It is the specific of the masters in nursing that the requirements to the educational programs shall conceptually ensure the occupational specialization of the nursing disciplines teachers, the systematic learning by them of the general pedagogics, the communicative competence forming; application of the modern innovative educational technologies in order to provide the selection of the optimal strategy of special nursing discipline teaching depending on the students background level.

The masters in nursing as the future heads of the nursing care departments and hospices, and the future professional nursing managers in the practical healthcare sector, shall be able to estimate, analyze the data, control and provide the nursing process, define the methods and priorities for nursing involvements, teach the personnel on the working places, communicate and work in team.

Acting as the heads of hospices and the nursing care departments, the masters in nursing shall be able to arrange the teleconsultation system for the wards. Telemedical consulting is considered to be the rendering of medical services with implementation of the information and telecommunication technologies for the aim of making the most optimal and timely clinical decision for the patients whose distant locality (relative to the seat of core specialists) is considered to be the critical factor [3].

Therefore, it shall be expedient to implement such educational plans and programs that envisage all aspects of forming of the students' communicative competence as the crucial component of the of leader, trainer, manager, coordinator, researcher and social marketing manager occupational competence, in particular, implementation of the special courses 'Teaching of disciplines in the higher medical educational institutions' for the future nursing disciplines teachers, and 'Leadership in Nursing' – for the future nursing managers in the practical healthcare sector.

The next crucial component of the masters in nursing education is the educational process integration with the scientific and research work, thus enabling the forming of thereof scientific communicative competence.

Let us mark out three levels of the scientific communicative competence:

- Knowing the computer technologies for improvement of the own professional level by the aid of the Internet resources;
- Application of the computer technologies in professional (pedagogical and scientific) activity;
- Creation of the intellectual property items (development of the software for remote educational computer centers, know-how, inventions) and thereof presentation in mass media.

The gained by us experience of masters in nursing training in Zhytomyr Nursing Institute enables to state that all masters in nursing during two years of study are in charge of mastering the first level, despite of some difficulties in listening to on-line lectures in foreign languages. Should there be not any problems with Russian language, the scientific medical definitions in other languages even in English are recognized to be of great difficulty for the most part of masters, to say nothing of the international languages, such as Chinese, French, Spanish or Arabic.

As concerned the implementation of the computer technologies for preparation, organization and conduction of the training studies in remote education mode, development of the e-textbooks, design of the own educational web-site for the purpose of scientific and teaching competence improvement, participation in virtual scientific forums, the reports on which are being discussed on-line, the most part of masters in nursing do not succeed in reaching of such scientific communicative competence level.

The third level to the date is considered to be unattainable by all masters in nursing without any exceptions.

Conclusions upon this research and further perspectives of related surveys

1. Gaining of the occupational and scientific competence is considered to be the integral component of the masters in nursing education.
2. The masters in nursing as the future heads of the nursing care departments and hospices, and the future professional nursing managers in the practical healthcare sector, shall be able to estimate, analyze the data, control and provide the nursing process, define the methods and priorities for nursing involvements, teach the personnel on the working places, communicate and work in team.
3. The integral component of the masters in nursing education is the educational process integration with the scientific and research work, thus enabling the forming of thereof scientific communicative competence accompanied by application of the information and telecommunication technologies that requires the mastering by them of three following levels of such competence:
 - Knowing the computer technologies for improvement of the own professional level by the aid of the Internet resources (continuous education during the whole life);

- Application of the computer technologies in professional (pedagogical and scientific) activity;
- Creation of the intellectual property items (development of the software for remote educational computer centers, know-how, inventions) and thereof presentation in mass media.

Literature

- [1] Бобров О.У. Антология интриг и предательства в медицине. –Донецк, 2009. -272 с.
- [2] Девтеров І. Інтермен як нова особистість. // Вища освіта. -2011. -№9. –С. 83-92.
- [3] Наказ МОЗ України від 26.03.2010 р., № 261 «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я».
- [4] Chomsky, N. Aspects of the Theory of Syntax. -Cambridge, MA: MIT Press, 1965. -164 p.
- [5] George Siemens. Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. December 12, 2004 [e-source] URL: <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>
- [6] Hymes D.H. On communicative competence. – Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1971. – p. 213.

INFORMATION AND TELECOMMUNICATION TECHNOLOGIES BASED FORMING OF PROFESSIONAL AND VALUABLE PRINCIPLES AMONG STUDENTS OF HIGHER MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS

Olena Svyrydiuk

Zhytomyr Nursing Institute,

Abstract

This article describes the experienced approach to the information and telecommunication technologies based forming of the nurses' professional values in the field of public health care and medical education. Also, here it is accentuated the significance and it is provided the comparative analysis of the scientific work and volunteering activities influence on the professional and valuable principles of the healthcare practitioners.

It has been determined that the index of correlation between the grades of independent external testing certificates and the results of the licensed integrated examination 'Krok M. Nursing' for students having at home an access to Internet resources was as follows: $r = + 0.52 \pm 0.05$; while the volunteers' index came to $r = 0.54 \pm 0.06$, and the young researchers' – to $r = + 0.58 \pm 0.09$.

The index of correlation between grade points of school leaving certificates and the results of the licensed integrated examination 'Krok M. Nursing' for students actively using e-resources was as follows: $r = + 0.50 \pm 0.06$, while the volunteers' index came to $r = + 0.56 \pm 0.06$, and the young researchers' – to $r = + 0.61 \pm 0.08$

The highest values of the index of correlation have been observed between the regular grades and the results of the licensed integrated examination 'Krok M. Nursing'. Therefore, the index of correlation for students actively using e-resources was $r = + 0.72 \pm 0.03$. The volunteers have the index as $r = + 0.76 \pm 0.04$, while the young researchers - $r = + 0.84 \pm 0.04$. The latter has been significantly different of the other two group indices; the statistically probable difference, $p < 0.01$.

Key words

Occupational competence, Information and Telecommunication Technologies, Spiritual Values of Healthcare Practitioner.

INFORMAČNÉ A TELEKOMUNIKAČNÉ TECHNOLOGIE AKO ZÁKLAD FORMOVANIA PROFESIONÁLNYCH A HODNOTOVÝCH PRINCÍPOV U ŠTUDENTOV VYŠŠIEHO ZDRAVOTNÍCKEHO ŠTÚDIA

Abstrakt

Uvedený článok popisuje prístup k informačným a telekomunikačným technológiám ako základ formovania profesionálnych schopností sestier na poli verejného zdravotníctva

a zdravotníckeho vzdelávania. Jeho význam zdôrazňujú i výsledky porovnávacej štúdie vplyvu vedeckej práce a dobrovoľníckych aktivít na profesionálne a hodnotové princípy pracovníkov v ošetrovatelstve.

Potvrdili sme, že index korelácie u nezávislého externého certifikovaného testu a licencovaného integrovaného vyšetrenia „Krok M Nursing“ pre študentov s prístupom na domáci internetový zdroj bol $r = 0,52 \pm 0,05$, zatiaľ čo index u dobrovoľníkov bol $r = 0,54 \pm 0,06$ a u mladých výskumníkov $r = 0,58 \pm 0,09$.

Index korelácie medzi stupňom hodnotenia na diplomoch a výsledkami licencovaného integrovaného vyšetrenia „Krok M Nursing“ u študentov aktívne používajúcich e-zdroje bol $r = 0,50 \pm 0,06$, zatiaľ čo index u dobrovoľníkov bol $r = 0,56 \pm 0,06$ a u mladých výskumníkov $r = 0,61 \pm 0,08$.

Najvyššie hodnoty indexu korelácie sme zaznamenali medzi pravidelnými stupňami?/triedami?/hodnoteniami? a výsledkami licencovaného integrovaného vyšetrenia „Krok M. Nursing“. Index korelácie pre študentov aktívne využívajúcich e zdroje bol $r = 0,72 \pm 0,03$. Dobrovoľníci mali index $r = 0,76 \pm 0,04$, zatiaľ čo mladí výskumníci $r = 0,84 \pm 0,04$. Medzi indexami oboch skupín bol štatisticky signifikantný konečný rozdiel $p < 0,01$.

Kľúčové slová

Profesionálne schopnosti, informačné a telekomunikačné technológie, duchovné hodnoty zdravotníckeho pracovníka.

General statement of the problem and its connection with important scientific or practical tasks.

The pervasive qualitative transformations in the global public life and the integration of Ukraine into the international labor market are recognized to represent the new requirements to the nursing branch and nursing education. The upgrading of the higher education within medical branch is based on searching of the new effective forms and methods of work, in particular implementation of the up-to-date information and telecommunication technologies. The modern society exists under conditions of the avalanche-like increasing of the informational resources number, thus inevitably resulting in the conflict between production and usage of such specific product. It shall be the certain paradox that it is rather difficult for the user to separate valid from invalid items among the numerous messages amount, thus often making easier to create anything from the very beginning than to find it out within the existing information noise massive. Such a tremendous flow of messages was called as ‘information crisis’, thus being the specific feature of the modern communicative and informative situation all over the world [1-3].

One of the most reasonable and efficient ways for such crisis overcoming is considered to be the improvement of the public information culture, the implementation of the up-to-date educational technologies, the mastering of which should enable the orientation within the continuously evolving information space by the modern human [1-3].

‘The new conditions in the field of employment, - written in UNESCO Programming Document – influence on the objectives as to teaching and training in the framework of the higher education. Simple widening of the educational program content and increasing of the studying capacity for the students shall not be treated as realistic solution. Therefore, it shall be necessary to give a preference to the studying disciplines that develop the intellectual abilities of the students; provide a possibility for smart perception of the technical, economical and cultural changes and also thereof variety; enable gaining of such qualities as initiative, business skills, adaptiveness and as well, make possible to improve the sureness of existence within modern production environment [6].

To the date, the problem of the medical specialists’ occupational competence and spiritual values forming is considered by of high actuality as their activities require the creative approach to the vitally important tasks solving under the conditions of limited material and financial resources and other challenges of the modern postindustrial society [6-9].

Analysis of the last publications has demonstrated the clear relation between the best achievements of the educational process and the information and computer technologies quality and distribution rate within the innovative activity of the educational institution professional and teaching staff on the one hand, and the results of the e-technologies wide implementation in the students out-of-study life – on the other hand [2-4].

Forming of the article objectives (Task setting)

In spite of rather substantial approaching to the problem of forming of the professional and valuable principles of the medical higher educational institutions students, there are, however, still a lot of certain conflicts within the Ukrainian educational branch:

- 1) Between in-depth theoretical and practical research of the problem in the world-wide scientific literature and information support of the educational process in domestic higher medical educational institutions;
- 2) Between the numerous number of the theoretical approaches to forming of in medicine specialized students professional and spiritual values and limited resources of the educational programs and methods suitable for practical implementation in researching activity.

All above has determined the objective of this research.

The objective of this work is considered to be the analysis and summarizing of the prospective approaches to the information and telecommunication technologies based forming of professional and valuable principles among students of higher medical educational institutions.

In order to succeed in attaining the objective there were applied the **methods** of system analysis and logical generalization, content analysis of the regulatory documents, resolutions and consensuses of the conventions, congresses, symposia and scientific & practical conferences as to the nursing issues within the higher education.

As the primary data for studying the efficiency of the different approaches to the forming of the nurses’ corps professional and valuable principles there were used the external independent testing certificates, school leaving certificates, regular grades and finally, the

results of the licensed integrated examination ‘Krok M. Nursing’ for the nurses. The integrated examination ‘Krok M. Nursing’ has been considered to be the most crucial one. It is known to be as common and unified for all I-II grades accredited higher medical institutions of Ukraine. It is held in the form of the computer testing. The student failed to pass the aforesaid examination shall be neither allowed to pass the degree exams, nor to get the diploma. The grade point averages (GPA) of the external independent testing certificates as well as of the school leaving certificates together with age and sex indices have been used as sampling variance equality criteria in the time of the forming of three groups to be compared.

The first group (230 persons) was formed from students having the home access to the Internet resources, actively using it for the out-of-study self training, but not involved in the volunteering and researching activities.

The second group (120 persons) was formed from the students not using the Internet resources for the out-of-study self training, not involved in the researching activities, but are known to be the active volunteers.

The third group (60 persons) was formed from the students-researchers not involved in the volunteering activities, but using all available information sources including the Internet resources for searching patent and information data in the time of scientific and research works preparation. Forming of the group from the researchers not using the e-sources of the information was treated as to be impossible.

All three groups have been not differed by age and gender criteria and had the similar (statistically improbable difference) grade point average of the external independent testing as well as of the school leaving certificates in the time of entering the higher educational institution.

For the purpose of the data processing and reporting automation, all initial parameters were entered in the data bases control system composed by the aid of the integrated software application package Microsoft Works 4.0 installed on CPU Celeron based PC, using MS DOS 7.0 and OS Windows XP Professional. The statistical processing of the study results was carried out by application of the variation statistics methods implemented by the aid of the standard statistical application software packages: Excel for Windows xp Professional and Statistica 6.0 by Statsoft (software is the property of the scientific and methodical laboratory of Zhytomyr Nursing, License number: AXXR910A374605FA).

The correlation analysis was applied for determination of the linear link between the aforesaid indices. For the purpose of the cause-and-effect relationship evaluation there was calculated the coefficient of determination.

Description of the primary materials used in research and complete grounding of the final scientific results

The critical component of the future medical specialists’ professional and valuable principles forming is considered to be the development of scientifically grounded educational systems

that might be based on the wide implementation of the modern pedagogical and information technologies within the educational process.

Taking into account the specifics of the medicine, it shall be possible to state that apart from the high level of occupational competence, the healthcare practitioner should have certain spiritual values, otherwise the process of treatment and diagnostics might lose its substance. The peculiarities of the work in the field of medicine (high mental and emotional loadings combined with affects by the series of unfavorable social and living as well as professional factors of the production environment) make the presence of professionally important spiritual values as one of the most crucial criteria in the professionogram of the healthcare practitioner. In particular, the nurse's profession self-sufficiency is based on the public trust depending equally on meeting the ethical rules and practical standards of nursing.

The human vital activities in any branch have always been and are considered to be as value oriented. This is favored by universal and professional values that serve as peculiar examples requiring the specific actions in certain directions by the people.

The problem of vital values has been just stated as early as in the works of antique thinkers. In particular, it was Socrates that had come to a conclusion that there might be a difference between what actually the human is and what the human thinks about himself. In other words, there is a difference between reality and an ideal to be aspired. Socrates saw the best and therefore, the most valuable aspects among the ideas and ideals.

Plato determined the prosperity as unity of truth, beauty and temperance. Reaching of the prosperity was considered by him as the summit of the life sense, the most value within the hierarchy thereto.

The philosophers of the Modern time (F. Bacon, E. Hobbes, J. Locke, B. de Spinoza and G. Leibniz) associated the values with knowledge, wisdom, power and force.

I. Kant, J. Fichte, F. Schelling and G. Hegel asserted that the smart activity is true, while the true rationality is the highest value.

A. Schopenhauer, G. Rickert, W. Windelband, D. Gooding and J. Lennox granted the transcendental sense to the universal values. Upon them, the truth, prosperity, beauty and holiness have been considered to be as timeless and versatile.

At the same time, the religious philosopher (theists) associated the transcendentality, versatility and eternity with essence and substance of God, while the temporal humanists (J. Huxley, E. Fromm, B. Skinner, A. Sakharov, C. Sagan, I. Asimov, J. Halbraith, R. Dawkins and P. Kurtz) unlike the theists, considered that universal values and resulted behavior (morality) have been objective categories existing independently of God.

This is considered to be the eminent Euthifron's dilemma. The name is taken from 'Euthifron' dialogue by Plato. Euthifron discusses with Socrates the nature of piety or in other words, holiness. Following the discussion they determine the term of piety as 'what is loved by the gods'. Socrates asks whether gods love the pious, because it is the pious, or the pious is the pious, because it is loved by the gods?

And to this day, when it is assumed whatever God wills to present as the higher values, there still remains the question by the intellectual people whether it is good and just because God wills it or whether God wills it because it is good and just; Should God wills anything because it is good (boon), the benefit shall exist irrespective of God's will. This means that the piety is the norm also observed by God. Moreover, it is possible to come to a conclusion that there shall be anything higher than God therefore, God shall not be considered as the highest authority.

The theists consider such thoughts to be wrong as the temporal humanists, by the point of the theists' view, are not able to understand the essence and substance of God and his Commandments. 'Be Holy as I am'. This Commandment orders people to be holy (pious) as it is based on the nature of God itself. God in his existence is the absolute perfection of the holiness. He created the world and that is why stipulated the laws for its existence. He is perfect and the values created and proclaimed by Him are to be the highest.

In contrast to the theists, F. Engels, K. Marx and M. Weber considered the values as the historical phenomena attributing to the epoch. Should the epoch be changed – the values shall be changed too: some of them become ineffective, other ones become valid. The human is the one of the animate beings possessing the secret of the evaluation. So, he is simultaneously a creator and a product of spirituality. Every field of the public life is characterized by separate value scale developed thereto by the human. Mainly it should be universal and world-viewing values defining the human's attitude to the surrounding world and being the core of personality.

Irrespective of different philosophic and world-viewing interpretations of the value meanings, the highest value proclaimed by medical ethics is considered to be the **Human's Life** and therefore, inseparably linked thereto **Health**, as specific feature and attribute of the **Happiness**. Nine-tenths of our happiness depends on a health (Arthur Schopenhauer).

One of the most fundamental universal values is considered to be the **Public Wealth and Welfare**. Thereof existence and availability for every person has direct effect upon self-preservation of the human as kind and genus. At the same time, in spite of its importance, the material welfare shall not be treated as defining one. The public wealth shall not be considered as the quantity of gold reserves, smelted steel, produced electric power, but as the human being reproduced by such society.

The **Freedom** is considered to be of similar significance; it enables the human to deal and act upon own will. Even the religious philosophers, whose position is based on God's sovereign power and full dependence upon God, agree that God provided the human with the freedom of choice. The history of humanity gives the evidence that the most difficult choice for the human in all times was whether to live in misery but to be free, or to be rich today.

The **Social Justice** is also considered to be of great importance among the other universal values. Being the social value, the justice is very close by its content and meaning to the **Equality** and **Dignity** of people. It is the matter of fact that the equality in poverty depresses less than inequality in wealth. It is considered to be immoral to live in wealth in the poor country. Only scoundrels could live on the fat of the land when the others live in misery.

The **Good** (Boon) and **Evil** regulate the behavior of the society members in the part of thereof interrelations. The **Good** and **Justice** ideals are being implemented in the human's practical activities on the basis of the **Chasteness**.

The **Good** and **Evil** values are closely connected with the **Civic Peace**. The human's ability to consider demands and interests of the other people, skills of thereof making agree with public interests, ability for responsible existence and making balanced decisions shall be considered not only as personal benefit, but also as public value. Such imperatives as **Love** for Motherland, native language, culture and parents home are known to be the universal values. Homeland, People, Society are considered to be the values of timeless and self-sufficient character.

The **Beauty** is considered to be the value of the highest grade. It regulates the human's attitude to surrounding environment being based on understanding of the beautiful and ugly, thus able to give rise to esthetic pleasure or aversion. Some philosophers insist on inherent (being gifted by God) ability to perceive the beautiful by intuition. And if the esthetic likings and tastes can be to some extent formed, the ear for music ether is, or not.

Also the significant spiritual value is the **Wisdom**, i.e. ability to think in order to learn the **Truth**. The learning of the Truth is supported by the scientific **Knowledge** and **Faith**.

The **Love** is considered to be of especial significance. **Love for God, Love for Neighbor (Mercy) and Sexual Appetence (Love)**. The **Love** transforms genetically programmed and rather burdensome obligation for perpetuation of the species into extremely interesting game.

The **Friendship**, as spiritual unity of congenerenic souls is also considered to be an indisputable value.

Finally, there is one more **Charisma** – the voice of God within the human's heart – the **Conscience**. Unscrupulous people are considered to be as losing the relationship with God. They are spiritually disabled persons, moral degenerates.

The **Health, Welfare** (material wealth), **Friendship, Love** (and therefore, such indisputable values as the **Family and Children**), **Clear Conscience** and **Faith** are considered to be the integral components of the humans' terrestrial **Happiness**, the **Happiness** as the highest value within the universal values hierarchy.

It shall be accentuated that without Trust in God, belief in eternal life upon death and the utmost justice existence, the human's terrestrial happiness is not recognized to be full.

The above could not be better expressed as by Russian poet of XX century Kyryll Pomerantsev:

And should they all, yes, all of them,
Without an exception, and namely,
Jesus, Lao-Tzu, Buddha and Mohammed
Not as believed that visions are the true perception
But simply knew that there is no the end
That nobody shall have the expiation,

It is the darkness there and ice-cold.
And lied to us in folly of mercy creation,
In order we can live with our heads not going off.

It is the specific feature of the human's nature that any value is subjected to degeneration and could be turned into pseudo values. Instead of the real happiness, the alcohol, sex, drugs, excitement, glory, wealth, power, violence as even infringement on the human's life might provoke the perverts' euphoria – the short-term feeling of bliss, then logically resulting in further depression and suffering.

‘What makes drunk than wine jar more? Horses, women, power and war!’ – This is motto of the mentally perverted men.

There is an opinion that in the framework of the social and pedagogical approach to the teaching and educational process, the spirituality definition is not boiled down to the intellectuality, religious or materialistic ideology and mind conversion to ethics, clear moral or austerity. The spirituality is not considered to be the only religiousness or emotional ardor of the spirit and getting the esthetic pleasure from arts. The activity can be considered as spiritual, if it is performed in way moving the human ahead and due to which, the condition of the spiritual culture not only of individual but of humanity in whole is being raised by common efforts to the higher level of demonstrations such spirituality. At the same time, every man shall by himself find the entrance to the ‘Kingdom of Spirit’ and define who is he and what is the essence of his existence [6].

The person can be considered as spiritually wealthy if he lives in harmony with himself and the surrounding world; whose spiritual values are formed, i.e. such qualities and traits, life principles, etc. representing the ideals of the aforesaid person. The famous French philosopher M. Montaigne considered that who had not mastered the science of goodness should be only harmed by any other science. At the same time it shall be necessary to remember that no one could master the spirituality by the aid of instructions. It is only possible to show the way but no one could be forced to follow such a way [6].

The most part of experts on medical ethics issues consider the occupational competence (‘Noli nocere!’ principle), mercy (ability for empathy) and respectability to be the fundamental values of the healthcare practitioners.

In the time of the future nurses' spiritual values forming in Zhytomyr Nursing Institute the priority is given to the practical form of thereof implementation. One of the most efficient means of mercy and humanism traits forming is considered to be the volunteers' movement. The primary task of the volunteers' mercy team of the Institute is to provide assistance to the most unprotected segments of population. The volunteers from the Institute render the medical aid to the lonely disabled persons in the framework of the cooperation with ‘Red Cross’ organization.

The students of the Institute take part in charitable mercy actions: ‘To the Life Together’, ‘Don't Be Indifferent’ having the purpose of the donor blood donation for hematologic

department of region children's hospital, and as well in actions 'From Heart to Heart', 'Bridge of Good for the Sake of Life' for support of children suffered from cancer, disabled children being treated in mental hospital, orphan children and pupils of the residential school for children with mental development defects.

The teachers and students of the Institute collect the foodstuffs, clothes, toys and raise donating funds, and as well prepare the holiday entertaining programs 'Self-made Miracles' dedicated to Saint Nicolas Day, New Year, Christmas and other holidays for orphan children and children without parents of region asylum for minors.

The special attention is paid to the esthetic education of the students. One of the working directions of students self-administration board is the support of activity of students club being in charge of different entertainments organization: art amateurishness concerts dedicated to Educator's Day, Student's Day, Healthcare Practitioner's Day, Knowledge Day, International Women's Day, Motherland Defenders' Day, Saint Valentine's Day, New Year, Christmas, etc. Another working direction of students' self-administration board is development of students' creative skills, thereof individual potential revealing by organization of the students' art creativity, making teams formed by interests, hobbies, etc.

Amateurish teams of the Institute take an active part in festivals of the national creativity, competitions being held at the municipal, regional and state levels. Such performances improve the popularity of the Institute and increase the level of performers' self-discovery, change the student's personality to the best.

Annually the Institute holds the art amateurishness festival 'First Year Student Debut' organized by the first year students being assisted by the senior students who just have been experienced and granted with a status of laureates of Ukraine-wide Competitions 'Hippocrates's Lyre' and 'Melody of Soul'. The initiative, authority of the personality, experience of the students' club coryphaei assist in successfulness of such arrangements, form the positive emotions and desire for better work and studying. All above is achieved due to self-organization and self-administration of the students, but not upon compulsion from the side of the Institute administration.

The students of the Institute are known to be the active participants of the municipal educational youth program 'XXI Century Generation', youth theatric festival 'Theater without Boundaries', municipal beauty contest 'Mrs. Blond', etc. Over three running years the Institute students' amateurish theater 'Person' has got the prize-winning places at the regional competition of the interactive theatres 'Youth is for Healthy Life'.

The group of sport activists of the Institute is considered to be the significant support for physical education and sport department in the time of numerous sports events. There are a lot of sport classes in the Institute. This provides the Institute sport teams with possibility to get the prize-winning places in the time of competitions on different sports. The students of the Institute are known to be the champions and prize-winners of the regional and Ukraine-wide sports contests; some of them being in the volleyball national team of Ukraine, won the golden medals at the XX Deaflympic Games in Melbourne (Australia, January 2005), became

the champions of Europe (Belgium, May 2007), and as well won the first prize and the golden medals with volleyball national team in the city of Buenos Aires (Argentina, 2008).

One of the kind of the students' self activity is the scientific and research work involving the mastering by students of the scientific research methods, forming of the need in creative approach to resolving of professional tasks. Involving of the students to the scientific and research work is being done in various ways: the student's scientific association, core researching groups, individual research work, participation in creation of the intellectual property items (textbooks, monographs, educational manuals, methodical recommendations, etc), approbation, publication and implementation of the scientific and research work results in the educational process.

Taking into account the variety of the practical implementation of different approaches to forming of the professional and valuable principles among the students of Zhytomyr Nursing Institute, we have performed the comparative analysis of thereof efficiency.

The correlation analysis performed between the grade point averages of the external independent testing certificates and results of the integrated examination 'Krok M. Nursing' for the third year nurses has revealed the middle grade direct correlation link within all three groups of probationers. The correlation factor between grade point averages of the external independent testing certificates and results of the integrated examination 'Krok M. Nursing' for students having at home the access to the Internet resources came to $r = + 0.52 \pm 0.05$; while the correlation factor for volunteers was $r = + 0.54 \pm 0.06$; and for young researchers – $r = + 0.58 \pm 0.09$.

In order to estimate the power of the cause-and-effect link, there was calculated the coefficient of determination. In doing so, the values of the coefficient of determination less than 25% (should the value of the coefficient of determination be 25%, the correlation factor shall be equal to 0.5) indicate that the link is weak; values in the range 25...50% (the correlation factor is 0.5...0.7) indicate the link of mid power; the coefficient of determination exceeding 50% (accordingly, the correlation factor is more than 0.7) indicates the strong link between the factors being studied.

The correlation analysis performed between the grade point averages of the school leaving certificates and results of the integrated examination 'Krok M. Nursing' has revealed the middle grade direct correlation link within all three groups of probationers with statistically improbable deviations when compared with the correlation factors for the external independent testing certificates. Therefore, the correlation factor between the grade point averages of the school leaving certificates and results of the integrated examination 'Krok M. Nursing' for the students actively using the e-resources came to $r = + 0.50 \pm 0.06$; the correlation factor for volunteers was $r = + 0.56 \pm 0.06$; and for young researchers - $r = + 0.61 \pm 0.08$.

The highest values of the correlation factor were observed between the regular grades and results of the integrated examination 'Krok M. Nursing'. Therefore, the correlation factor for the students actively using the e-resources came to $r = + 0.72 \pm 0.03$. The correlation factor for the volunteers was $r = + 0.76 \pm 0.04$; and for young researchers - $r = + 0.84 \pm 0.04$. The latter

has been significantly different by value of the other two probationers' groups indices; the statistically probable difference, $p < 0.01$.

Therefore, it shall be reasonable to stress the point that the application of advanced information technologies in autonomous scientific and research work is considered to be especially actual when the means stipulated in the Program for Bologna declaration provisions execution are implemented. One of the component of the advanced experience of the developed world countries, the widening of which, is foreseen by the Program, is application within the educational process of the new pedagogical technologies, in particular, the information and telecommunication ones, with the aim of the student's creative thinking development, forming of the skills to work in problem-aimed information and communication environments.

Another component of the out-of-study scientific and research activity of the future specialists is considered to be the development of the scientifically grounded methodical educational systems, which should be based on the wide implementation of pedagogical and information technologies into the educational process. Creation of such computer-oriented methodical educational systems shall provide for solving of certain problems: grounding of the theoretical principles of information and educational environments creation; development of the theoretical and methodological principles of the information and computer technologies application within the educational process; creation of pedagogical software (informational, tooling, supervising, teaching, etc.) and multimedia facilities, in particular, e-textbooks for support of the studied disciplines, particularly of the sections, the content of which, is especially problematic for perception by the students; development of the educational and methodical support facilities for the disciplines based on the e-technologies and intended for placement within the web sites of the educational institution or its information portal, and as well for providing the students with access thereto (either free, or personalized); working out of the methods for organization and conduction of the self-training by the students with application of the information and communication technologies under conditions of the common information environment. The development and creation of the computer-oriented methodical systems (centers) for education shall be considered to be the urgent public demand.

Having not sufficient regulatory and legislative and also educational and methodical bases of the unified state standard available, Zhytomyr Nursing Institute created the information and telecommunication center of the remote education and developed the own trial program including organizational and pedagogical, information and technological and personality – oriented support facilities for teacher and student under conditions of the credit and modular system.

One of the system elements is implementation of the occupation-oriented tasks with spread reference to the scientific sources of information in foreign (mainly English) language as final modular control of knowledge. And moreover, if the students study the foreign language, they are to perform such occupation-oriented tasks in the field of the clinical nursing in foreign language.

The occupation-oriented tasks are considered to be the tasks transformed in way of modeling of the practical situations, with what the future healthcare practitioners should encounter in their professional activity; while requiring the scientific approach with wide application of the information and telecommunication technologies for thereof solution. [5].

The occupation-oriented tasks are significantly different of the situational tasks and practical skills, primarily because of full cycle of the certain problem solving being integrated therein: from thereof initial analysis and actualization to unassisted search and generalization of the existing problems (upon the results of the scientific literature information sources in-depth survey) and development of the new (own) approaches to the problem solving accompanied by drawing up of the results and practical recommendations as the intellectual property items.

If the student in the time of the certain module mastering, usually learns up to ten practical skills and studies some tens of the situational tasks, the occupation-oriented task shall be used as final modular control. At the same time, it shall be different either of paper or degree thesis by its practical orientation. The occupation-oriented tasks model the situations representing the usual future working conditions and shall be performed by universal algorithm application.

The occupation-oriented task performance algorithm consists of two parts. The first one is oriented to the efficient activity, while the second one – to the subject of such activity – the student aspiring to development of the own professional skills.

The mission of the ultimate priority for each student performing the occupation-oriented task is understanding what he really knows (what theories, regularities), what he is really able to do (practical skills, diagnostic methods, statistical procedures, use of the Internet resources, etc.), and at the same time, what specific knowledge or skills in certain branches he requires to obtain.

The occupation-oriented task performance algorithm includes 5 phases: preliminary, planning, practical work, reporting and summarizing, and as well self-analyzing [5].

The special requirements are set for the teachers as to working out the subject matters of such occupation-oriented tasks. As it has been cleared up not only students that were used to memorize and reproduce the textbook content in the school, but also the teachers find the difficulties in modeling of the practical tasks that can be solved by means of the disciplines (courses) they teach.

The specifics of the occupation-oriented tasks in nursing is conditioned by the fact that its drafting shall be possible only upon the close inter-discipline integration between the teachers of the clinical nursing, social medicine and healthcare institution, and as well of scientific work, information science and foreign languages methodologies.

Conclusions upon this research and further perspectives of related surveys

1. The process of higher medical educational institutions students' professional and valuable principles forming by the aid of the interactive pedagogical technologies requires an appropriate material and financial support. To the date, all of the higher medical educational institutions are in charge of foundation of the information and telecommunication centers for remote education.

2. At the current phase of education development the search for advanced methods of the occupational competence and spiritual maturity forming and evaluation (measurement) of thereof level is considered to be of high actuality as the objectification of the measurement process shall provide the feedback and enable the coordination of such development. The comparative analysis of the methods of the professional and universal values forming and evaluation of the knowledge level applied thereto in modern pedagogics (oral tests, written qualification works, situational and occupation-oriented tasks and testing) is the evidence of fact that testing complies more than the others with the objectification criteria in the time of the theoretical knowledge level evaluation, while the occupation-oriented tasks more efficiently facilitate the spiritual values forming process.
3. It is more reasonable to use the occupation-oriented tasks as final modular control instrument in the time of clinical disciplines studying, while as interim modular control instrument in the time of medical lexis mastering when the foreign language is studied.
4. The specifics of the occupation-oriented tasks in nursing is conditioned by the fact that it drafting shall be possible only upon the close inter-discipline integration between the teachers of the clinical nursing, social medicine and healthcare institution, and as well of scientific work, information science and foreign languages methodologies, while thereof implementation within the educational process shall be more efficient under condition of the remote education information and telecommunication centers foundation.

Literature

- [1] Інформатизація охорони здоров'я та розвиток телемедицини технологій. – Монографія. – За ред. З.М.Митника. – К., 2010. – 252 с.
- [2] Ковальчук Л.Я. Новітні шляхи вдосконалення підготовки фахівців у Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я.Горбачевського /Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України: результати, проблеми, перспектив». –Тернопіль: «Укрмедкнига», 2010. –494 с.
- [3] Перший Всеукраїнський з'їзд з міжнародною участю «Медицина та біологічна інформатика і кібернетика». –К., 2010. –312 с.
- [4] Професійна педагогічна освіта: компетентісний підхід /за ред. О.А.Дубасенюк. – Житомир: вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2011. –412 с.
- [5] Професійно-орієнтовані завдання з психології: навчальний посібник /За ред. О.Л.Музики. –Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. –566 с.
- [6] Чернілевський Д.В. Духовна культура особистості: Навчальний посібник. /Д.В.Чернілевський, О.В.Вознюк, О.А.Дубасенюк, С.Б.Олійник, Т.І.Петракова, М.Ф.Рибачук, В.М.Синіцин, О.В.Столяренко / За ред. професора Д.В.Чернілевського. – Вінниця: АМСКП, 2010. – 460 с.
- [7] McKimm J. ABC of learning and teaching: Web based learning / J. McKimm, C. Jollie, P. Cantillon //BMJ. –2003. –V.81. –P. 870-873.

- [8] Ruiz J.G. The impact of E-learning in medical education / J.G. Ruiz, M.J.Mintzer, R.M.Leipzig //Acad. Med. -2006. –V.81. –P. 207-212.
- [9] Smith S.R. Is there a Virtual Medical School in the horizon? / S.R. Smith //Med. Health R.I. -2003. –V.86. –P. 272-275.

JE RESPEKTOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI ČLOVĚKA VÝJIMEČNOU CTNOSTÍ ANEB ZAMYŠLENÍ NAD TÍM, JAK UČIT DŮSTOJNÉMU PŘÍSTUPU K NEMOCNÝM

Hana Svobodová

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK, Praha

Abstrakt

Příspěvek je zamyšlením nad běžně užívaným pojmem v medicíně, u kterého ale ne vždy máme promyšleno, co jím skutečně myslíme. Zmínky o lidské důstojnosti sice nalzáme v mezinárodních deklaracích, v zákonech a etických kodexech, ale ani ve filosofické literatuře nenajdeme jednotnou definici tohoto pojmu. Předložený text ukazuje různá pojetí lidské důstojnosti v kontextu poskytování péče a uvádí na příkladech zahraničních studií možnosti pochopení problematiky lidské důstojnosti. Lidská důstojnost, jak se s ní setkáváme ve zdravotnické praxi, se ukazuje být jednotícím pojmem, který vychází z hlubší obecné intuice mimořádnosti lidského rodu ve světě lidských zkušeností. Proto je třeba se zamyslet nad tím, jak tuto tematiku učít studenty, aby se nestala prázdňým pojmem a pouze verbální deklarací.

Klíčová slova

Lidská důstojnost, koncepty důstojnosti, studie důstojnosti.

Abstract

The article addresses the term human dignity which is often used in medicine but not always with the thorough reflexion on its meaning. The term human dignity can be found in international declarations, laws and codes of ethic and yet it has not been clearly defined in philosophical literature. In the article the author presents different concepts of human dignity in the context of nursing care and on several foreign studies illustrates how can dignity be understood. Human dignity seems to be an umbrella term which stems from deep mutual understanding of the exceptionality of humankind in the world of human experiences. We offer some ideas how to present this topic to medical and nursing students so that it does not become an empty word without implication in practice.

Key words

Human dignity, concepts of dignity, studies of dignity.

Úvod

Rostoucí technologizace zdravotní péče a nedostatek zdrojů vytvářejí mnoho etických problémů při poskytování zdravotnické péče. V péči o nemocné, zvláště o staré, nemohoucí, „neperspektivní“, handicapované a umírající, tedy nejzranitelnější skupiny lidí, je často a významně v popředí problém s respektováním lidské důstojnosti, zvláště ve smyslu uchování

pocitu jejich vlastní důstojnosti. Casselová (1) uvádí v souvislosti s otázkou důstojné smrti, že „dosáhnout důstojnosti je mnohem těžší než odstranit bolest.“ Lidé se obávají symptomů, které ohrožují lidství a jeho důstojenství. Neobávají se tolik bolesti nebo dokonce tělesného utrpení, jako ztráty důstojnosti a respektu k sobě. Mnoho pacientů je ochotnější smířit se s bolestí za předpokladu, že si mohou zachovat důstojnost. Proto by měla být tato koncepce zahrnuta do cílů péče o nemocného člověka a do pregraduální přípravy všech zdravotnických pracovníků. Důstojnost je zmiňována zvláště v souvislosti se stářím, jež je spojeno s mnoha etickými problémy. Agich (2) zmiňuje zejména otázky, které souvisí přímo se stárnutím a s osobním významem stárnutí pro člověka, např. „Jak si člověk zachová osobní autonomii a důstojnost tváří v tvář ztrátě schopnostem jednat, pamatovat si a dokonce jasně myslet? Snižuje se naše cena jako lidských jedinců, když přicházíme o nezávislost?“

Pokud se začneme zabývat významem pojmu lidská důstojnost, zjistíme, že jeho chápání je velmi široké. S tímto pojmem se pracuje jako se samozřejmě známým konceptem, přitom odborné texty se liší v jeho vymezení a pojetí. V této souvislosti se vynořuje otázka, jakým způsobem se k pojmu lidská důstojnost postavit. Přijímat jej jako vágní a těžko definovatelný pojem nebo hledat zdroje a jeho kořeny? Z čeho vycházejí koncepce důstojnosti a jak jsou v praxi naplňovány? A jak tuto problematiku přiblížit studentům, budoucím zdravotnickým pracovníkům?

Východiska řešení problematiky

Při hlubším rozboru pojmu lidská důstojnost je možné najít cosi společného, co nám dává v praxi právo koncept lidské důstojnosti užívat. Uchovat svou lidskou důstojnost i v situaci vážné choroby je především důležitou lidskou potřebou. Ošetřovatelství je postaveno na umožnění realizace potřeb člověka v době nemoci, proto jako ohrožení lidské důstojnosti jsou vnímány všechny pokusy pacienty nivelizovat, vnucovat jim řád, který nechtějí, a nedovolit jim se projevit, když způsob jejich projevu není běžný. Ošetřovatelství by naopak mělo stimulovat projevy svébytnosti a pomáhat realizovat potřebu „být svůj“. Maslowova pyramida potřeb zná potřebu seberealizace, ale ta je na vrcholu pyramidy. A tu se nám ukazuje, že je sice pravda, že podmínkou naplnění vyšších potřeb je naplnění potřeb nižších, ale na druhé straně vyšší potřeby musí prolínat i směrem dolů do způsobu uspokojování potřeb nižších. To znamená, že musí být a nemůže nebyť zohledněno, jakým způsobem pomáhá sestra uspokojit potřebu jídla, spánku, vyprazdňování, atd. Vše je nejen možné, ale dokonce nutné dělat s respektem k tomu, že pacient má současně i potřebu přijetí, sebeúcty, a potřebu uchování vlastní důstojnosti.

Princip lidské důstojnosti se objevuje jako základní součást práv nemocných a povinností zdravotníků, proto jej najdeme v mnoha dokumentech souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny) vymezuje etické mantinely, kterými se medicína musí řídit při aplikaci moderních lékařských technologií; důstojnost je zmiňována ve Všeobecné deklaraci lidských práv (1948), na níž se odvolávají předpisy a doporučení v oblasti medicíny dodnes (Amsterodamská deklarace – Deklarace práv pacientů v Evropě, Deklarace práv onkologických pacientů, Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné – Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných

a umírajících z roku 1999, Etický kodex České lékařské komory, Kodexy pracovníků ve zdravotnictví). Přijetí Všeobecné deklarace lidských práv bylo reakcí na „barbarské činy, které urážely svědomí lidstva“ v období nacismu a 2. světové války. (3) Deklarace dávala naději na nový obraz světa, v němž bude přiznána „přirozená důstojnost a stejná a nezcizitelná práva všem členům lidské rodiny“ (4).

Právě zde je vyjádřeno přesvědčení o nutnosti respektu k lidské bytosti, zajištění důstojnosti člověka a zachování lidských práv a základních lidských svobod. Tak, jak historický vývoj a posléze nutný vznik všech právních a etických dokumentů ukazují, na lidskou důstojnost se odvoláváme, když se ptáme, zda je nějaké jednání etické či nikoliv, a dovoláváme se jí, když je důstojnost pošlapávána nebo ohrožována.

Bez přijetí těchto „lidských“ pravidel nemá dnes žádná společnost naději na přežití. Jakékoliv jiné přístupy, které si pletou důstojnost člověka s jeho užitečností a které nezahrnují do svých zásad i vzájemnou pomoc a povinnosti člověka vůči slabšímu a nemohoucímu, jsou velmi nebezpečné.

Účelem kodexů zaměstnanců ve zdravotnictví je stanovit žádoucí standardy profesionálního chování (Etický kodex Lékařské komory české republiky, Kodex sester předložený Českou asociací sester, Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry, Mezinárodní etický kodex porodních asistentek, Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS, Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařů atd.).

Zde je tedy jasně dáno, že respekt k důstojnosti je důležitou hodnotou a sestry a ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci mají povinnost respektovat důstojnost všech pacientů. Ovšem co to vyžaduje, není explicitně vyjádřeno, a proto ony kodexy nenabízejí jasně a jednoznačně návod na vedení sester při péči, ani neříkají nic o minimu standardu poskytnutí důstojné péče. Je jisté, že je obtížné najít kritéria pro lidskou důstojnost a praxe přitom ukazuje, že je někdy daleko od samozřejmého užití konceptu lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči. Ovšem často si kladu otázku, zda deklarovaná kritéria nejsou jen jakýmsi vývěsním štítem na internetových stránkách odborných společností či institucí.

Téma lidské důstojnosti prolíná každodenní činností zdravotníka, neboť ten se pohybuje v bezprostřední až intimní blízkosti nemocného člověka, zasahuje do jeho integrity a v moderní medicíně je snazší si splést důstojnost člověka s jeho užitečností. Je tedy nutné o praktickém uchopení pojmu lidská důstojnost mluvit právě již v pregraduální přípravě budoucích zdravotnických pracovníků a učit je vnímat tento aspekt péče v celém jeho kontextu, aby se člověk – pacient nestal jen pouhým objektem poskytované péče. Dnes je nejskloňovanějším slovem v souvislosti se zdravotnickou péčí slovo kvalita, její indikátory a jejich měřítka. Příslušné komise a management hodnotí hygienicko-epidemiologické parametry nemocničních zařízení či sociálních institucí, výskyt nozokomiálních nákaz či dekubitů, personální obsazení v jednotlivých typech zařízení a na odděleních, což bezesporu přináší pozitivní efekt v kontrole poskytované péče nemocným. Hodnocení probíhá pomocí jasně nastavených regulí a standardů, kterými lze měřit, zkoumat empirická data či laboratorní výsledky, plnění ošetrovatelských postupů a výkonů je možné vidět a hodnotit. Ovšem je problematické kontrolovat, jak je zachovávána důstojnost člověka, zvláště v kontextu takto úkolově zaměřené kultury, kde se personál soustřeďuje na technicky dobře zvládnutelné

dovednosti a jejich rozvoj a je za to také hodnocen. Co tedy podporuje a co snižuje důstojnost člověka, co či kdo má největší vliv na porozumění tomuto tématu, jaký význam kladou sestry na důstojnost v péči o nemocné a co ji podporuje či snižuje a jak učit studenty respektu k důstojnosti člověka?

Někdy jsme ve zdravotnických zařízeních svědky situací, které nevykazují prvky profesionálního jednání, natož důstojného jednání člověka k člověku. Vystává tedy otázka, zda jsou studenti dostatečně připraveni na profesionální roli poskytovatele péče, zda rozumí požadavkům etického kodexu zdravotnického pracovníka a zda jsou schopni uvést důstojnou péči do své praxe. V procesu poskytování péče nemocným hrají roli i podmínky, ve kterých se nemocný a zdravotník nachází a kde, v jakém prostředí je péče poskytována, ať už jsou to podmínky materiální, či podpora a kontrola poskytované péče ze strany managementu zařízení.

Při přemýšlení o tom, co je důstojné a co již není a o postojích zdravotnického personálu v kontextu poskytované péče vyvstává myšlenka, že „...není to jen o tom, co děláš, ale o způsobu, tedy jak to děláš“. To znamená, že již v pregraduální přípravě je třeba se věnovat nejen technické stránce ošetrovatelských postupů, ale důsledně dbát i na etickou stránku technického úkonu a jeho dopad na lidský aspekt v poskytované péči.

Analýza problematiky lidské důstojnosti v kontextu ošetrovatelské péče

Koncepty důstojnosti

Vyskytuje-li se pojem důstojnost člověka/nemocného/pacienta ve všech kodexech zdravotnických pracovníků, domnívám se, že je žádoucí tento pojem uchopit a pracovat s ním minimálně a právě v pregraduálně přípravě studentů zdravotnických oborů (zvláště sester) tak, aby se koncept lidské důstojnosti stal integrální součástí tohoto vzdělání a nejenom vágním rétorickým pojmem. Mají-li sestry poskytovat důstojnou péči, je vyjasnění pojmu „důstojná péče“ esenciálním krokem k pochopení významu tohoto pojmu a k poskytování každodenní profesionální péče pacientům s respektem k nim a měl by prolínat napříč všemi tématy ošetrovatelské etiky.

Důstojnost je univerzální lidská záležitost a je základním východiskem každé spravedlivé etiky. Filozofové o ní diskutují od starověku až po současnost. Nalézáme tento pojem v moderní filosofické, morální a právní diskusi, je kotvou různých světových pohledů a má různé úrovně významů závislých na kontextu, ve kterém je užíváno.

Lingvistické funkce a obsahy slova „důstojnost“ jsou velmi rozšířené, jejich významy se však stávají ambiciózní, mnohdy vágní, nejisté a sporné, hodící se vždy, když postrádáme věcný argument. (*dignus – hodný něčeho, důstojný, významný, hoden vysokého úřadu, zasloužilý, slušný*(5); *dignity: „being worthy, honoured or esteemed“* (6)).

Zkoumáme-li problematiku lidské důstojnosti v kontextu ošetrovatelské péče hlouběji, nacházíme vesměs zahraniční studie, které se zabývají na jedné straně analýzou filozoficko – historického pojetí důstojnosti a na straně druhé mapují vnímání důstojnosti z pohledu pacientů a zdravotníků (nejvíce sester), avšak velmi málo analyzují tento problém z pohledu studentů ošetrovatelství.

V tomto zamyšlení se budeme zabývat pouze nastíněním problematiky pojmání důstojnosti ve zdravotnické praxi.

Ať už je lidská důstojnost pojímána ve vztahu k vývoji a historické době jakkoliv, v tom nejobecnějším slova smyslu je to cosi, co patří každému člověku jako příslušníku svého rodu. Nordenfelt uvádí, že: „(důstojnost) ... odkazuje k nezcizitelné hodnotě lidských bytostí jako lidských bytostí. Tento aspekt důstojnosti dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav... Ukazuje také, že důstojnost není jen otázkou toho, co lidé cítí nebo co uznává mravní kultura té které společnosti, ale že vyrůstá z obecného pojetí lidství.“ (7)

Tento Nordenfeltův rámec byl rozpracován v roce 2003 v Evropském projektu „Dignity and Older Europeans“. Výsledky projektu byly zpracovány v publikaci „Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů“, která je velmi vhodnou pomůckou pro výuku studentů ošetřovatelství.

Čtyři kategorie důstojnosti jsou popisovány takto:

Důstojnost zásluh (Dignity of merit) – člověku jsou připisovány zásluhy v souvislosti s jeho rolí či postavením ve společnosti, za něco, čeho dosáhl. Tento typ důstojnosti je odrazem skutečnosti, že statut člověka v mnohých společnostech závisí na jeho ekonomickém a sociálním postavení. Proto se můžeme domnívat, že senioři mohou být po odchodu do důchodu vyřazeni jak z ekonomického, tak i širšího začlenění do společnosti, a mohou tak prožívat ztrátu této důstojnosti.

Důstojnost mravní síly (Dignity of moral stature) – tento typ důstojnosti je založen na tom, zda osoba disponuje mravním standardem, je schopna žít v souladu se svými mravními zásadami, pociťuje určitou důstojnost a uznání druhých, má respekt, což se ale může v průběhu života měnit. Tato důstojnost má tedy dočasné trvání.

Důstojnost osobní identity (Dignity of personal identity) – je důstojnost, která je vztažena k identitě jednotlivce a jeho sebeúctě, integritě, autonomii, vědomí vlastního já a schopnosti nalézt smysl ve svém životě a ve svých činech. Např. krutá osoba může poškodit důstojnost člověka mnoha způsoby. Může rušivě pronikat do jeho soukromí, fyzicky jej zraňovat, omezovat jeho autonomii a bránit jim v interakci s druhými lidmi. Takové jednání může u daného člověka vést k podlomení vědomí vlastní ceny.

Důstojnost Menschenwürde – se odvolává k nezcizitelné hodnotě lidských bytostí, znamená důstojnost, kterou má každá lidská bytost a na stejné úrovni jenom proto, že je příslušníkem lidského rodu. Tento aspekt důstojnosti dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav. (8)

První tři kategorie důstojnosti, důstojnost zásluh, mravní síly a důstojnost osobní identity jsou lidem přisuzovány nerovnoměrně. Podle humanistické tradice západní kultury by se dalo toto pojetí interpretovat jako důstojnost **kontingentní** (nahodilou, sociální), tedy taková, která nepřísluší automaticky všem. (9) Důstojnost je pak spojována s pevnými vlastnostmi, a proto může být připisována jen některým lidem; máme ji na mysli například, když hovoříme

o důstojném stáří, osobách, které mají vysoké společenské postavení (lékař, právník, kardinál,...). „Sociální“ pojetí důstojnosti je ale zatíženo zmíněnou selektivností, která může být jen těžko akceptovatelná, uvědomíme-li si nepřístojnosti, které jsou spojeny s dělením lidí na důstojné, méně důstojné, či bez důstojnosti. Takováto selekce může být ve svém důsledku zhoubná. **Inherentní** nebo-li **ontologická** forma důstojnosti si nárokuje respekt mravního ohledu, vztahuje se tedy na všechny lidi. Pojem inherentní vyjadřuje, že důstojnost člověka je nedotknutelná, je dána všem a nemůže být ztracena nebo přivlastněna. Na tomto pojetí lidské důstojnosti je postavena preambule mezinárodní deklarace lidských práv (1948) a je v podstatě vyjádřením typu důstojnosti *Menschenwürde*.

Výběr ze studií lidské důstojnosti v kontextu ošetrovatelské péče

a) Pohled sester na lidskou důstojnost

Témata vycházející z diskuse s pacienty byla nápadně podobná tématům vycházejícím z diskuse se sestrami. Jednou ze studií, která se pokusila o konfrontaci pohledů pacientů i sester na aspekt důstojnosti v péči, je studie autorů Walsh, Kowanko (10) .

Studie identifikovala vnímání důstojnosti na základě fenomenologické metody zkoumání ze zkušeností sester a pacientů se situacemi, kdy důstojnost byla nějakým způsobem kompromitována. Výzkumníci analyzovali přepsaný text výpovědí sester a pacientů užitím hermeneutického přístupu. I když vzorek byl velmi malý (5 pacientů, 4 sestry), lze do určité míry analýzu výsledků této studie brát jako významný pokus o porozumění významu důstojnosti v ošetrovatelské praxi. Tato studie ukázala důležité elementy, které samy sestry připisují pojmu důstojnosti: ukázat respekt, udržovat tělesné soukromí a soukromí prostoru, kontrolovat, obhajovat nemocného, dát čas a brát ohled na emoce.

Shrnutí popisovaných oblastí:

1. tělesné soukromí

Tělo a jeho léčba bylo centrálním tématem v popisech sester. Diskuse se hodně točila okolo odhalování těla a „zírání“ druhých. Mluvílo se o použití zástěn okolo lůžka během výkonů a překrytí části těla, které nebylo třeba mít odhaleno, např. při hygieně a jiných výkonech. Mít úctu k pacientovým potřebám tedy dle sester znamená chránit jej před nepotřebným zíráním ostatních. Sestry též zmiňovaly důležitost chránit pacienty od nedobrovolných pohledů druhých pacientů, což je často nedůstojnou situací. Stane se, že pacient řekne, že mu to nevadí, nicméně to může vadit právě těm druhým pacientům.

2. soukromý prostor

Soukromý prostor nemocných je velmi vzácný, zvláště na velmi rušných odděleních. Sestry hovořily o tom, že být si vědom toho, že lůžko je soukromým prostorem nemocného, je také součástí respektu k důstojnosti. Stává se, že personál se často „vetře“ do tohoto prostoru bez požádání. Soukromý prostor pro nemocného je i prostor sprchy a toalety.

3. úcta k emocím

Pacienti potřebují prostor a soukromí k vyjádření emocí a sdílení emocí se členy rodiny. Znamená to také mít porozumění k emocionálním reakcím, které mohou doprovázet některé výkony, informace nebo diagnózy, zvláště pokud nebyly adekvátně vysvětleny nebo nebyla poskytnuta pomoc v takové emocionálně náročné situaci.

4. čas

Čas v tomto kontextu znamená mít dostatek času na vysvětlení výkonů a procedur, provádět výkony beze spěchu a vystavovat pacienty nedůstojným situacím po co nejkratší dobu. Tento moment byl negativně vnímán samotnými pacienty.

5. pacient jako osoba (člověk)

Pacient by neměl být vnímán jako tělo nebo předmět, všichni pacienti jsou ztělesněné bytí. To znamená, že mají přirozené právo, aby s nimi bylo zacházeno s respektem a důstojností ve všech situacích a po celou dobu, a to ať jsou při vědomí nebo v bezvědomí.

Respekt dle mínění sester vychází ze zřetele k pacientovým přáním, jeho individualitě a jejich pocitům. Ukazuje se také v situacích, kdy umírajícího pacienta vystavujeme zbytečným vyšetřením, v dané situaci bezvýznamným. Ale v tomto případě sestry nerozhodují, jen jsou součástí vyšetřovacích procedur, a protože pacienta znají lépe, vnímání jeho situace je z jejich pohledu jako nerespektování důstojnosti člověka.

Většina sester pociťovala, že důstojnost sebou nese umožnit pacientovi schopnost sebekontroly nad jeho vlastním osudem a schopnost vyjádřit se. Kontrola nad sebou také znamená právo účastnit se rozhodnutí o svém vlastním zdraví v mnoho různých okolnostech. Je to pro sestry někdy těžké, neboť pacienti často nejsou schopni mít nad sebou kontrolu.

Sestry také zmiňovaly, že pacienti, kteří z různých důvodů nekomunikují, mohou ale slyšet, a jejich potřeby a pocity by měli být vždy zvažovány, když se diskutuje o jejich terapii.

b) Pohled pacientů na důstojnost

V studii Walsh, Kowanko pacienti označili za charakteristické atributy důstojnosti **respekt, soukromí a kontrolu** stejně jako sestry. Na rozdíl od nich jsou pro nemocné důležité další atributy, a to **možnost volby** a **humor**. V jejich pohledu dominuje:

1. respekt k tělesnému soukromí a nahotě

Lidské tělo, jeho léčba a jeho „vystavování na odiv“ bylo hlavní starostí pacientů a diskuse se často točila okolo těchto témat. Zmiňovány jsou nemocniční pyžama, tzv. otevřené košile, kdy je zadní část těla vystavována mnoha pohledům, aniž by to pacient mohl ovlivnit. „...nedělám si starosti o to, že ukazují zadek, ale lidé okolo jej možná nechtějí vidět...“.

Zdá se ale, že to není pouhé vystavování těla na odiv, které kompromituje lidskou důstojnost, ale způsob, jakým je s nemocnými zacházeno a jak je jim vše vysvětlováno. Častou situací, zvláště ve fakultních nemocnicích, je vizita s účastí několika studentů, kdy jsou pacienti studenty i vyšetřování a pacienti nad touto situací nemají žádnou kontrolu.

2. čas

Stejně jako u sester byl i u pacientů čas zmiňován jako integrální část důstojného zacházení s nimi. Nedostatek času, který je ve smyslu „vše se dělá ve spěchu, na nic není čas“, je vnímán jako moment kompromitující důstojnost.

„...když tě vezmou do koupelny, všechno je ve spěchu, nedají ti čas na utření nohou, nevysuší tě pořádně...“.

Téma času je spojeno i s momentem rozhodnutí, tedy dát nemocnému čas na rozhodnutí.

S další interpretací úzce souvisí pojmání důstojnosti stejně jako u sester, a to „pacient jako člověk“:

3. Být viděn jako člověk

Pacienty je zmiňováno zacházení s tělem jako s předmětem spíše než se ztělesněným bytím. Příkladem je situace, kdy je pacient „použit“ pro výuku studentů, tedy jako předmět výuky, nikoliv jako lidská bytost, která o situaci může rozhodnout.

4. Být uznán, respektován (úcta)

Tato část je zmiňována ve výpovědích pacientů v souvislosti s přemísťováním z bodu A do bodu B nebo s polohováním pacienta na lůžku. „...Bylo zde se mnou zacházeno s důstojností... Důstojnost je respektována, když lidé ke mně přijdou a jenom řeknou: Jmenuji se Jana. Ráda bych s vámi mluvila o tom a to je to.... To je důstojnost... to je způsob, jak bych si přála, aby se mnou zacházeli.... Respektována jako osoba“.

S respektem je spojena ohleduplnost, což předpokládá předpovídat pacientovy potřeby tak, aby nebyl zbytečně vystavován nedůstojným situacím.

Pacienty je vysoce hodnocena diskrétnost sester, kdy se snaží situaci nemocných chápat, často s humorem a s neobyčejnou schopností lidského přístupu.

Humor a běžná konverzace (*small-talk*) byl vnímán pacienty jako strategie sester k potlačení trapné situace či rozpaků.

Studie Walsh, Kowanko nastínila význam a zkušenost důstojnosti z perspektivy sester a pacientů a položila tak další otázky: jestliže sestry mají shodné vnímání toho, co kompromituje důstojnost, proč takové situace stále nastávají? A jaké strategie mohou být uplatňovány k minimalizaci případů znepokojujícího fenoménu jako je nedůstojná péče?

c) Důstojnost a studenti ošetrovatelství

Studie z *Nursing Education Perspectives*, 2007 zmiňuje, že etika je základní komponentou vysokoškolského vzdělání v ošetrovatelství. (11) Ve studii Kalb a O'Conner byli studenti zapsaní v prvním ročníku požádáni, aby popsali své porozumění frázi „respekt k lidské důstojnosti“ a stanovili příklady, jaká je jejich praxe s respektem k inherentní důstojnosti, hodnotám a jedinečnosti lidského individua. Dotazník této kvalitativní studie byl koncipován k zjištění znalostí základních etických principů, včetně porozumění konceptu respektu k lidské důstojnosti, ale zároveň potvrdil důležitost učení se etickému kodexu sester s výkladem obsahu a se zdůrazněním významu prvku lidské důstojnosti v sesterské praxi.

Ačkoli je důležitost etického vzdělání v ošetrovatelství a prvenství lidské důstojnosti jasně zmiňováno v literatuře, není popsán přístup učení sester, a to dokonce ani v magisterském studijním programu. Metodou dotazníku byly zjišťovány dvě hlavní otázky: 1. popis jejich porozumění významu „respektu k lidské důstojnosti“ a 2. uvedení příkladů, jak praktikují s „respektem pro inherentní důstojnost, úctu a unikátnost každého lidského individua“. Studenti prvních ročníků (celkem 63) byli absolventi jak bakalářských studijních programů, tak z vyšších odborných škol. Mnoho studentů popsalo více či méně absolvování kurzů etiky či filozofie, někteří popsali etický obsah integrovaný do ošetrovatelství. Nicméně řada studentů zaznamenala, že neabsolvovali žádný formální kurz etiky. Třetina studentů popsala respekt k lidské důstojnosti jako spojení s jedinečností každé osoby. Studenti rovněž

vyjmenovali práva, která každá osoba vlastní, jako je právo na soukromí a právo na sebeurčení. Lidskost, různorodost, rovnost a hodnota každé osoby jsou atributy, které studenti popisovali jako související s respektem k lidské důstojnosti. Uváděné příklady popisovaly významy respektu k důstojnosti člověka a vyjadřovaly podporu autonomie, důstojnosti a práv nemocných. Výzkum ukázal, že cílem vzdělání je vedení studentů k rozvoji jejich vlastního etického rámce a vyučující fakult by měli být schopni učit nejen znalosti, tedy etické teorie a principy a jejich aplikace v praxi, ale měli by být také citliví k rozdílným akademickým prostředím a klinickým zkušenostem studentů.

Studie týkající se lidské důstojnosti, vymezení pojmu, analýzu vnímání důstojnosti v péči očima nemocných, pečujících či očima studentů ošetrovatelství v ČR chybí. Řada zahraničních studií byla pro autorku velkou inspirací. Její průzkum týkající se porozumění lidské důstojnosti, míry a vlivu vzdělání ve vztahu k této problematice u sester a studentů ošetrovatelství a jeho uchopení v praxi je právě nyní ve stádiu hodnocení a interpretace výsledků. Výsledky tohoto šetření by mohly být cenným příspěvkem do koncepce výuky ošetrovatelské etiky v přípravě studentů na zdravotnická povolání.

Zpracováno s podporou grantu IGA MZČR NS9968-3/2008 219088.

Literatura

- [1] CASSELOVÁ, K.Ch. 2000. Asistovaná sebevražda: pokrok nebo nebezpečí? In: *Thomasma, D.C., Kushnerová, T.(Eds.): Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 2000. (s. 224 - 235.) ISBN 80-204-0883-5.
- [2] AGICH, G.J. 2000. Etika a stáří. In: *Thomasma, D.C., Kushnerová, T.(Eds.): Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, Praha 2000. (s. 151–161). ISBN 80-204-0883-5.
- [3] MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- [4] Všeobecná deklarace lidských práv. OSN, rezoluce č. 217/III.A, 1948 Helcom. [cit.2012.02.14.] Dostupné na: <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020101>.
- [5] ABZ slovník cizích slov. 2005-2006. [online]. <http://slovník.abz.cz>. [cit. 2012.02.14.] Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dignus-lat>
- [6] Oxford studijní slovník. 2010. Oxford University Press. 2010. ISBN 978-0-19-430655-3.
- [7] NORDENFELT, L. 2004. *The varieties of dignity*. Health Care Anal. 2004 Jun: (s. 69-81).
- [8] *Respektování lidské důstojnosti*. 2003. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2003. s.13. ISBN 80-239-4334-0.
- [9] ŠRAJER, J. 2006. Lidská důstojnost a sociální práce. IN: *Sociální práce/Sociálna práca*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 109-113. ISSN 1213-6204.

[10] WALSH,K., KOWANKO,I. *Nurses'and patients'perceptions of dignity*. International Journal of Nursing Practice. 2002; 8. s. 143 – 151.

[11] KALB,A.K.,O'CONNER,S. Ethics Education in Advanced Practice Nursing. Respect for Human Dignity. *Nursing Education perspectives*. 2007, vol 28, n.4, p. 196-202.

Kontaktní údaje

Mgr. Hana Svobodová

Ústav ošetrovatelství 3. lékařské fakulty UK v Praze

Ruská 87

Praha 10, 100 00

Tel.: +420 267 102 942

e-mail: hana.svobodova@lf3.cuni.cz

VYBRANÉ OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY SÚVISIACE SO STRESOM A ICH OBJEKTIVIZÁCIA

Zuzana Šenkárová, Helena Kadučáková

Katolícka Univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok má za cieľ popísať vhodné nástroje pri diagnostikovaní vybraných ošetrovateľských diagnóz 9. domény NANDA International II. V úvode definujeme stres, stresory a stresovú reakciu. Následne sa venujeme jednotlivým diagnózam podľa NANDA International II. a vhodným posudzovacím nástrojom, ktoré pomáhajú k určeniu objektívnej ošetrovateľskej diagnózy.

Kľúčové slová

Stres, NANDA International II., ošetrovateľská diagnóza, posudzovací nástroj.

SELECTED NURSING DIAGNOSIS, WHICH RELATED OF STRESS AND THEIR OBJECTIFICATION

Abstract

This article aims to describe appropriate tools by diagnostic of selected diagnoses 9th. Domen NANDA International II. In introduction we define stress, stressors and stress reaction. Then passed to individuals diagnoses according NANDA International II and appropriate assessment tools, that help to determine objective diagnoses.

Key words

Stress, NANDA International II., nursing diagnosis, assessment tools.

Úvod

Křivohlavý (2001) uvádza, že stres sa môže vyjadrovať dôsledkami rôznych tlakov na fyziologické, psychologické, sociálne, ekonomické a podobné dôsledky záťaže. Pričom termín stres bol odvodený z technických odborov, hlavne z mechaniky, kde sa popisuje vystavenie materiálu záťaži. Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci uvádza, že ľudia zažívajú stres, keď pociťujú nerovnováhu medzi požiadavkami, ktoré sa na nich kladú a prostriedkami, ktoré majú k dispozícii na zvládnutie požiadaviek. Selye spozoroval, že u zvierat, ktoré sú vystavené ťažkým situáciám dochádza vždy k rovnakým fyziologickým procesom. Tento systém reakcií nazval GAS (General Adaptation Syndróm). Křivohlavý (2001) v súvislosti so syndrómom GAS uvádza jeho tri fázy:

1. poplachová fáza
2. fáza rezistencie
3. fáza vyčerpania.

Praško (2003) uvádza, že v medicíne sa nazývajú vonkajšie spúšťače stresory a reakciu na ne stresovou reakciou. Praško, Vyskočilová, Prašková (2006) opisujú stresovú reakciu, ako „reakciu boj, alebo útek“, kde sa jedná o starú reakciu organizmu, ktorá ho pripravuje na optimálne reagovanie v prípade vážneho ohrozenia.

Vonkajší spúšťač pre stresovú reakciu je bezpochyby hospitalizácia pacienta. Každý pacient na hospitalizáciu reaguje individuálne, teda sestra musí rátať s rôznymi reakciami a emóciami, od odmietania, až po prosby. Dôležité je v prvej fáze ošetrovateľského procesu zistiť či vôbec pacient stres prežíva. Pavlíková (2006) uvádza, že ak sa postupuje pri posudzovaní zdravotného stavu pacienta podľa koncepcného modelu Marjory Gordon v desiatom funkčnom vzorci sa posudzuje stres, záťažové situácie- zvládanie, toleranciu. Tento funkčný vzorec obsahuje aj celkový spôsob tolerancie a zvládanie stresových či záťažových situácií. Podobne aj zvládanie, tolerancia záťaže, či stresové preťaženie sa v NANDA Taxonómii II posudzuje v 9 doméne.

Takmer u každého pacienta, ktorý má diagnostikované závažné ochorenie sa môže objektivizovať ošetrovateľská diagnóza- úzkosť 00146. Úzkosť sa podľa Herdmana (2009, s. 234) definuje ako „*vágny, neľahký pocit diskomfortu, alebo strachu, prevádzaný autonómnou reakciou, pocit obáv spôsobený očakávaným nebezpečenstvom. Je to výstražný signál, ktorý varuje pred hroziacim nebezpečenstvom a umožňuje danej osobe prijať opatrenia, aby hrozbe čelila*“. Na posúdenie úzkosti Gurková, Žiaková, Čáp (2009) uvádzajú škály: *Beckova škála úzkosti, The State- Trait Anxiety Inventory, Hamilton Anxiety Rating Scale*. Medzi ďalšie škály, ktoré hodnotia mieru úzkosti pri chronickom ochorení, sa môže zaradiť aj grafická vizuálna škála úzkosti.

Beckova škála úzkosti sa skladá z 21 položiek, pričom 14 položiek pokrýva somatické symptómy a 7 položiek reflektuje subjektívny aspekt úzkosti u pacienta. McDowell (2006) uvádza, že vybrané položky merajú špecifické symptómy pre úzkosť, ktoré ale nesúvisia s depresiou a využívajú sa hlavne u pacientov s úzkostnými a depresívnymi sklonmi. Cronbachov koeficient alfa kolíše podľa McDowella (2006) od 0,7 do 0,92, potom test- retest po prvom týždni dosahuje výsledky 0,73 až 0,75. Senzitivita tohto meracieho nástroja je 40%, špecificita je 89 %.

The State- Trait Anxiety Inventory (ďalej len STAI) je sebahodnotiaci nástroj, pomocou ktorého sa hodnotí, alebo posudzuje intenzita pacientovho pocitu úzkosti. McDowell (2006) uvádza, že táto škála bola vyvinutá ako výskumný nástroj na štúdium úzkosti u dospelých ľudí, ale môže byť použitá aj u pacientov, ktorí trpia stavmi úzkosti. Škála pozostáva zo 40 položiek, prvých 20 položiek hodnotí momentálnu situáciu a položky od 21-40 hodnotí trvalý rys osobnosti. Vnútoraná konzistencia nástroja kolíše podľa McDowella (2006) pri S škále od 0,81 po 0,95, v závislosti od toho u ktorých respondentoch sa použije. Pri T škále Cronbachov koeficient, alebo K- R20 alfa kolíše od 0,81 po 0,95, rovnako v závislosti od toho na akej vzorke respondentov sa použije. Pri reteste po 2 týždňoch v T škále sa skóre pohybuje okolo 0,86 a pri S škále okolo 0,40. Súbežná validita medzi STAI a inými škálami, ktoré merajú úzkosť napr. *The Anxiety Scale Questionnaire* a *Manifest Anxiety Scale* má pozitívnu koreláciu od 0,73 až po 0,85 s STAI.

Merací nástroj *Hamilton Anxiety Rating Scale* (ďalej len HARS) pozostáva zo 14-tich položiek. Zisťuje prítomnosť nasledovných symptómov úzkosti ako tenzia, strach, nespavosť a podobne. Položky 1-6 zisťujú psychické symptómy a fyzické symptómy hodnotia položky 7-13. Reliabilita bola štúdiami zistená v priemere 0,90, Cronbachov koeficient alfa je 0,85- 0,92, retest je 0,92. Senzitivita je vo všeobecnosti 87% a 74% pre detekciu úzkosti a špecificita 100%. McDowell (2006) uvádza, že posúdenie úzkosti pomocou tejto škály si žiada 30 minút na administráciu pre pacienta a sestru. Ďalej upozorňuje, že HARS by nemal byť interpretovaný ako klasifikačný nástroj, alebo ako diagnostický nástroj na rozlíšenie úzkosti od depresie u pacientov s diagnostikovanou úzkostnou neurózou.

Gurková, Žiaková, Čáp (2009) uvádzajú, že na hodnotenie úzkosti u pacienta so špecifickými chronickými ochoreniami, ako napríklad epilepsia, diabetes mellitus, sú k dispozícii špecifické hodnotiace škály, ktoré merajú úroveň úzkosti u pacientov trpiacich týmito špecifickým ochorením. U hospitalizovaných pacientov v rámci stanovenia ošetrovateľskej diagnózy úzkosť sa využívajú všeobecné škály, ako napríklad *The Hospital Anxiety and Depression Scale*, ktorá zaberie posudzovateľovi podľa Snaitha, (2003) na administráciu 2 až 5 minút času. Pomocou tejto škály sa posudzuje ako sa respondenti cítia v priebehu posledných siedmich dní, preto je vhodné škálu po určitom časovom období opakovať. Michopoulos (2008) uvádza, že škála obsahuje 14 položiek a respondent môže odpovedať na Likentovej škále 0-3. Cronbachov koeficient alfa je pre celkovú škálu 0,884, z toho pre subškálu na hodnotenie úzkosti je Cronbachov koeficient alfa 0,829 a 0,840 pre subškálu na hodnotenie depresie. Stupeň test- retest s 20 dňovým odstupom je pre úzkosť 0,899 a pre depresiu 0,837.

V doméne 9 NANDA Taxonómia II- Zvládanie, tolerancia záťaže, v 1 triede- Posttraumatická reakcia nachádzame ďalšiu ošetrovateľskú diagnózu- Stresový syndróm z premiestnenia 00114. Herdman (2009, s. 232) definuje túto ošetrovateľskú diagnózu, ako „*fyziológické, alebo psychosociálne narušenie po presune z jedného prostredia do druhého.*“ Stanovujeme sa hlavne u ohrozených skupín pacientov, ako sú starší ľudia a deti. Na objektívne diagnostikovanie tejto ošetrovateľskej diagnózy sú vhodné škály na posúdenie depresie (*Zung Self- Report Depression Scale*), sebaúcty (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*), sociálnej izolácie (*Lubben Social Network Scale*), porúch spánku (*The Pittsburgh Sleep Quality Index*).

Škála *Zung Self- Report Depression Scale* bola navrhnutá ako sebauposudzovacia metóda u pacientov s psychiatrickým ochorením. Obsahuje 20 výrokov a respondent vyjadruje mieru súhlasu s daným výrokom. Respondent vyjadruje mieru súhlasu štyrmi spôsobmi: nie alebo málokedy, niekedy, často, väčšinu času. Ku každej odpovedi je možné priradiť počet bodov od 1- 4. Pri tejto škále uvádza McDowell, 2006 split- half koreláciu 0,71 a Cronbachov koeficient alfa 0,85. Čo sa týka validity, škála bola porovnávaná s *Hamilton Anxiety Rating Scale* a rozpätie je od 0,56 do 0,81 s mediánom 0,74.

Na hodnotenie úrovne sebaúcty pacienta je vhodná *The Rosenberg Self-Esteem Scale*. Škála pozostáva z desiatich výrokov a každý výrok má pridelené 4 možnosti odpovede, od silný súhlas, až po silný nesúhlas. Pri skúške stálosti nástroja test- retest je v rozsahu 0,82-0,88, Cronbachov koeficient alfa je v rozmedzí 0,77-0,88.

Na hodnotenie sociálnej izolácie, hlavne u starších ľudí sa využíva *Lubben Social Network Scale*. Klasická verzia škály obsahuje 10 položiek a skrátaná verzia 6 položiek. Z tejto škály boli vytvorené aj verzie pre jednotlivé kultúry. Napríklad zo skrátenej verzie bola vytvorená japonská verzia, ktorá vykazuje veľmi dobrú validitu a reliabilitu. Kurimoto et al. (2011) uvádza, že Cronbachov koeficient alfa je 0,82, test- retest je pri tejto škále 0,92.

The Pittsburgh Sleep Quality Index je efektívnym nástrojom na meranie kvality spánku u hospitalizovaných pacientov. Škála pozostáva z 9 položiek, pričom meria 7 oblastí spánku: subjektívna kvalita spánku, oneskorené zaspávanie, obvyklé trvanie a efektivita spánku, budenie počas noci, používanie medikácie, denná dysfunkcia v poslednom mesiaci. Respondent môže uvádzať svoje odpovede od 0 do 3 na Likertovej škále. Smyth (2007) uvádza, že Cronbachov koeficient alfa a vnútorná konzistencia je 0,83. Senzitivita je hodnotená na 98,7 % a špecificita 84,4 %.

Herdman (2009) v deviatej doméne uvádza ďalšiu diagnózu Stresové preťaženie 00177, ktorá je definovaná podľa Herdmana (2009, s. 265) „*nadmerné množstvo a druhy požiadaviek, ktoré vyžadujú jednanie.*“ Na objektivizáciu tejto diagnózy je potrebné u pacienta zistiť úroveň situačného stresu, posúdiť prítomnosť pocitov hnevu a špecifikovať problémy s rozhodovaním.

Na objektivizáciu diagnózy niektorí autori odporúčajú zhodnotiť aj situačný stres zhodnotiť ktoroukoľvek grafickou vizuálnou škálou.

Ak je potrebné celkovo zistiť pacientovu schopnosť zvládnutia náročných, stresových situácií sa môže použiť nástroj *IHAVEZ*. Pauknerová, (2008) uvádza, že nástroj je vlastne súbor piatich dotazníkov pomocou ktorých sa zisťuje psychická odolnosť pacienta, ktorý vyjadruje iba súhlas či nesúhlas s jednotlivou položkou v dotazníku. Takže je nutné mať dostatok času na jeho administráciu.

Na posúdenie pacientových problémov pri rozhodovaní v dôležitej životnej situácii súvisiacej s ochorením je vhodný nástroj: *Decisional Conflict Scale*. Ako uvádza O'Connor (1995) škála zisťuje:

1. neistotu v robení rozhodnutí u prijímateľa ošetrovateľskej starostlivosti,
2. faktory prispievajúce k neistote pri rozhodovaní pacienta,
3. pacientove vnímanie schopnosti efektívne robiť rozhodnutia.

Zostavená je zo 16 výrokov s piatimi možnosťami odpovedí. Koeficient reliability test- retest: 0,81, vnútorná konzistencia je v rozsahu 0,78- 0,92.

Záver

Sestry v praxi používajú iba niektoré vybrané hodnotiace nástroje, ktoré sú dané prevažne manažmentom zdravotníckeho zariadenia. Posudzovacie a hodnotiace nástroje sestry používajú v prvej fáze ošetrovateľského procesu a v ďalších fázach ošetrovateľského procesu tieto nástroje nevyužívajú čo znižuje kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Pri stanovovaní ošetrovateľských diagnóz patriacich do 9. domény v NANDA International II. je situácia ešte zložitejšia, nakoľko diagnózy týkajúce sa zvládania záťaže a stresových faktorov, ktorým sa v rámci starostlivosti o pacienta nevenuje adekvátna pozornosť.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] BACKHAUS, J. 2001. Test–retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. [online]. 2001. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: [http://www.jp.sychores.com/article/S0022-3999\(02\)00330-6/abstract](http://www.jp.sychores.com/article/S0022-3999(02)00330-6/abstract).
- [2] BAER, L., BLAIS, M., A. 2010. *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. 1st Ed. New York : Humana Press, 2010. 320 p. ISBN 978-1-58829-966-6.
- [3] DECISIONAL CONFLICT SCALE 2011. [online]. In *Ottawa Hospital Research Institute*. 2011. [cit. 2011-11-18]. Dostupné na internete: http://decisionaid.ohri.ca/eval_dcs.html.
- [4] GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. 342 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- [5] HERDMAN, T., H. 2009. *NANDA International- Ošetrovateľské diagnózy- definície a klasifikácie 2009-2011*. Praha : Grada Publishing, 2009. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. 2 vyd. Praha : Portál, s.r.o. 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [7] KURIMOTO, A., et al. *Reliability and validity of the Japanese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale*. [online]. 2011. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21778631>.
- [8] MCDOWELL, I. 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3Ed. New York: Oxford University Press, Inc., 2006. 768 p. ISBN 978-0-19-516567-8.
- [9] MICHPOULOS, I. et al. 2010. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample*. [online]. 2010. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/7/1/4>.
- [10] O'CONNOR, AM. 1995. *Validation of a decisional conflict scale*. [online]. 1995. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7898294>.
- [11] PAUKNEROVÁ, D. et al. 1995. *Manuál vysokoškolského profesního poradce: metody*. [online]. 1995. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.lli.vutbr.cz/data/files/manual-vs-profesniho-poradce-272.pdf>.
- [12] PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovateľství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
- [13] PRAŠKO, J. 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185.
- [14] PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. 2006. *Úzkost a obavy*. 1. vyd. Praha : Portal, s.r.o. 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.
- [15] SANSONI, J. et al. 2010. *Final Report: Effective Assessment of Social Isolation*. [online]. 2010. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: http://www.adhc.nsw.gov.au/__data/assets/file/0007/236329/Social_Isolation_Report.pdf.

- [16] SNAITH, P.,R. 2003. *The Hospital Anxiety And Depression Scale*. [online]. 2003. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>.
- [17] SMYTH, C. 2007. *The Pittsburgh Sleep Quality Index*. [online]. 2007. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_6_1.pdf.
- [18] THE LUBBEN SOCIAL NETWORK SCALE. [online]. 2011. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.primarycarecore.org/PDF/501.pdf>.
- [19] THE ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE. [online]. 2001. [cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: <http://www.bsos.umd.edu/socy/research/rosenberg.htm>.

Kontaktné údaje

Mgr. Zuzana Šenkárová
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: zuzanasenkarova@gmail.com

KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNA TERAPIA V PSYCHIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE PRI LIEČBE DEPRESIE

Darina Šimovcová¹, Oľga Lacková²

¹Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka, Trenčín

²Denný psychiatrický a psychoterapeutický stacionár, Psychiatrická klinika FN
Trenčín

Abstrakt

Práca prezentuje problematiku ochorenia depresie, ktorá je jednou z najčastejších duševných porúch. Pri liečbe depresí sa okrem farmakologickej liečby využívajú rôzne psychoterapeutické techniky. Jednou z nich je kognitívno-behaviorálna terapia, ktorá je zameraná na riešenie pacientových problémov v spolupráci so psychoterapeutom. Úlohou sestry v ošetrovateľskej starostlivosti je monitorovanie a zaznamenávanie reakcií pacienta na rôzne situácie primeranejším spôsobom ako depresiou.

Kľúčová slová

Ošetrovateľská starostlivosť. Depresia. Pacient. Kognitívno-behaviorálna terapia. Sestra.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN PSYCHIATRIC NURSING IN THE TREATMENT OF DEPRESSION

Abstract

The work presents issues of illness of depression, which is one of the most common mental disorders. In the treatment of depression in addition to pharmacological treatment using a variety of psychotherapeutic techniques. One is cognitive-behavioral therapy, which aims to address patient problems in collaboration with the psychotherapist. The role of nurses in nursing care, monitoring and recording of patient responses to different situations as adequately with depression.

Key words

Nursing care. Depression. Patient. Cognitive-behavioral therapy. Nurse.

Úvod

Duševné poruchy sprevádzajú ľudstvo počas celej jeho existencie a nie sú ničím novým alebo typickým pre súčasnú dobu. Predstavujú veľkú špecifickú skupinu ochorení, s ktorými sa zdravotník stretáva. Psychologické a spoločenské príčiny psychických porúch sú veľmi významné, ale sú ťažko merateľné a jednotne posudzovateľné. Chorobnosť, ktorá je zapríčinená duševnými poruchami sa v posledných rokoch zvyšuje na celom svete. Príčinou je predovšetkým nárast depresí a duševných porúch súvisiacich so stresom. Zvýšené nároky na

starostlivosť o duševne chorých znamenajú výraznú záťaž pre zdroje zdravotníctva ako finančne tak i ľudsky. Poruchy nálady sú jednou z najčastejších duševných porúch.

Depresia

Termín „depressia“ je latinského pôvodu. Počujeme v ňom sloveso „deprimo, deprimere, depressi, depressua“. Význam slovesnej formy slova „depressia“ vyjadruje: stisnúť, stlačiť, znížiť (napr. výkon, mieru energie, intenzitu určitej snahy, náladu) (Křivohlavý, 1997).

Často ľudia vyslovujú slovesný tvar „mám depku“. Slovo „depka“ sa často používa, keď človek nemá dobrý deň, nie je na tom dobre, je zúfalý, sklúčený a keď svoju situáciu vníma ako neuspokojujúcu. Typické a nápadné príznaky sú úzkosť, nepokoj, nechutenstvo, strata hmotnosti a libida, poruchy spánku, bolesť, problémy s koncentráciou, ale najzávažnejším problémom sú suicidálne myšlienky (Hautzinger, 2000).

Depresia je najčastejšou poruchou nálady, je to komplexná reakcia podmienená vplyvmi minulosti ako aj súčasnosti a budúcnosti (Janosiková, 1999). Depresia nie je lenivosť, ktorá by sa dala prekonať, ľudia prežívajúci klinickú depresiú sa nemôžu „vzchopiť“, alebo „zatnúť zuby“ ako im to často radí okolie. Utrpenie pri depresii je niekedy priepastné (Hašto, 1995). Nie vždy je depresia spojená s apatiou a ochromením duševnej aktivity. Niekedy sú depresívni ľudia aj veľmi nepokojní, nervózni a svojou nervozitou môžu znervózňovať aj svoje rodiny (Trenckmann, Bendelow, 2005).

Na základe akých príznakov je možné diagnostikovať depresiú? Depresia nie je len nálada, ale dlhodobý stav, ktorý má negatívny vplyv na telo, myseľ, na emočné rozpoloženie, na spávanie a prežívanie človeka. V depresívnej epizóde má človek myšlienky a pocity veľmi ťažko odkloniteľné a vôľou ovplyviteľné. Často pacient s depresiou vníma skôr somatické príznaky ako bolesť hlavy, gastrointestinálne ťažkosti, kožné prejavy, alebo poruchy príjmu potravy. Niektorí chorí si tieto ťažkosti vysvetľujú telesným ochorením a následným výsledkom vyšetrení, ktorým sa nepotvrdí žiadne telesné ochorenie, potom často neveria (Hautzinger, 2000).

Musíme rozlišovať rozdiel medzi depresiou všedného dňa a depresiou ako psychickým ochorením. Mnohé už spomenuté pocity depresie zakúsil snáď každý človek, je však dôležité poznať, že pokiaľ intenzita pocitov prekročí určitú hranicu, alebo dĺžku trvania, nadobudnú už chorobnú úroveň. Ochorenie depresia nie je vždy iba reakciou na nepriaznivé udalosti v živote, hoci často na ne nadväzuje. V dnešnej dobe si, žiaľ, ešte stále ľudia predstavujú človeka postihnutého depresiou za neschopného, nenormálneho, slabého, bláznivého a neuvedomujú si, že u väčšiny ľudí je depresia liečiteľné ochorenie ako iné somatické ochorenie. Ak nie je liečená, vedie ku strate výkonnosti, k izolácii, strate radosti zo života a výrazne zhoršuje celkový zdravotný stav človeka a znižuje obranyschopnosť organizmu. Je veľmi dôležité, aby mali ľudia dostatočný prísun informácií o možnostiach odbornej liečby. Správna a kvalifikovaná liečba môže pomôcť až 80% pacientom trpiacim depresiou, naopak bez liečby tieto príznaky môžu trvať mesiace i roky (Praško, 2003).

Delenie depresívnych porúch

Depresia patrí medzi ochorenia týkajúce sa nálady. Pri depresívnych stavoch sa môžu objaviť u pacienta rovnaké depresívne symptómy, no rozhodujúci je priebeh ochorenia. Pri klasifikovaní musia byť zohľadňované viaceré kritériá ako aktuálne konfliktné a záťažové situácie, osobnosť chorého, psychické a somatické nálezy, anamnéza od pacienta i od príbuzných, celkový pracovný, rodinný a ekonomický rámec. V súčasnosti je známych celkom 25 systémov diagnostických kritérií depresívnych porúch. Hašto (1995). rozdeľuje depresie z rôznych hľadísk:

Rozdelenie podľa hypotetickej príčiny alebo predpokladaných pôsobiacich faktorov:

Endogénna depresia - vzniká z vnútorných príčin.

Reaktívna depresia – je skôr vyjadrením reakcie na stres, patrí medzi psychogénne depresie a vzniká následkom vonkajších okolností, presnejšie vplyvom dlhotrvajúcich stresových situácií alebo pokračujúcej traumy.

Organická depresia - vzniká v dôsledku ochorenia mozgu, alebo vplyvom noxy pôsobiacej na mozog pri určitom telesnom ochorení.

Primárna depresia - zjaví sa bez súvislosti s inými psychiatrickými alebo somatickými ochoreniami.

Sekundárna depresia - manifestuje pri inej chorobe, napr. alkoholizme, schizofrénii alebo somatickom ochorení (Červeňová, 2006).

Príznaky depresie

Depresívne ochorenie je sprevádzané nespočetným množstvom symptómov. Prítomné sú psychické aj telesné príznaky. Pre sestru je potrebné, aby poznala tieto príznaky u pacienta, vedela správne posúdiť a charakterizovať symptómy depresívnej poruchy a vedieť tak poskytnúť kvalifikovanú a odbornú pomoc pacientovi. Je dôležité vedieť, že existujú individuálne rozdiely, čo sa týka správania a pocitov, ktoré depresívna osoba prežíva, a tiež v rozsahu, v ktorom sa tieto pocity a správanie prežívajú (Múdra, 2008).

Psychologické príznaky: emočné symptómy ako pocity sklúčenosti, bezmocnosti, beznádeje, vnútornej prázdnoty, viny a nenávidenosti, strachu a starostí a nastáva strata citov k okoliu.

Fyziologicko-vegetatívne symptómy: vnútorný nepokoj, napätie, plač, precitlivosť, únava, slabosť, poruchy spánku, zníženie chuti do jedla a chudnutie, úbytok libida, tlak v hlave, žalúdočné ťažkosti, problémy s trávením (Gröblinger, Stockmayer, 1983).

Imaginatívno-kognitívne symptómy: negatívny postoj voči sebe samému a k budúcnosti, permanentná kritika, sebazneisťovanie, pesimizmus, myšlienková chudoba, problémy s koncentráciou a s učením, poruchy pamäti, hypochondria, očakávanie trestov, katastrof a nakoniec až suicidálne myšlienky.

Motivačné symptómy: sústredenosť na neúspech, ústupčivosť, vyhnutie sa zodpovednosti, strata kontroly, strata záujmov a aktivity, bezmocnosť, nedostatok vôle, nerozhodnosť, nárast závislosti na druhých (Hautzinger, 2000).

Sestra by mala poznať nielen príznaky ochorenia u depresívneho pacienta, ale i jeho správanie, ktoré môže byť požadovačné alebo pasívne. Požadovačné správanie u pacienta je vtedy, keď sa neustále ponosuje, je hnevливý. Pasívne správanie je vtedy, keď sa pacient stiahne do ústrania a správa sa ticho. Nakoľko každý človek je individuom aj uvedené príznaky depresie nemusia byť všetky prítomné, a preto na lepšie spoznanie a rozpoznanie ochorenia sú potrebné správne diagnostické metódy.

Diagnostické metódy depresie

Za účelom objektivizácie a diagnostiky boli navrhnuté rôzne kritériá. Svetová zdravotnícka organizácia prepracovala diagnostické kategórie afektívnych porúch podľa ICD (International Classification of Disorders), ktorá je u nás záväzným kategorizačným diagnostickým systémom. Pri depresii sa klasifikuje priebeh, závažnosť a osobitosť symptomatiky (Raboch et al., 2004).

Ochorenie je definované určitým počtom súčasne prítomných symptómov, pričom nie sú vysvetliteľné inými ochoreniami. Pre stanovenie diagnózy a úspešnej liečby je dôležitý aj rozbor aktuálneho správania pacienta, analýza pacientových problémov, motivácie, sociálnych, rodinných i kultúrnych podmienok a na základe týchto skutočností sa môžu stanoviť zmysluplné intervencie, plán liečby, formulovať ciele a nachádzať riešenia problémov. Pre liečbu depresii je vhodná kombinácia farmakologickej liečby a psychoterapie.

Pre sestru je dôležité, aby poznala účinkov antidepresív a tiež ich nežiaduce účinky. Mnohé z týchto nežiaducich účinkov sú rovnaké ako príznaky sprevádzajúce depresiu, preto sa chorému na začiatku liečby môže zdať, že sa jeho choroba zhoršuje. Sestra by mala vedieť edukovať pacienta o účinku liečby, ktorý sa dostaví spravidla v priebehu 10 až 20 dní. Sestra dbá na pravidelné užívanie liekov u pacienta a pri podávaní liekov skontroluje pacienta, či lieky užil, či si ich prípadne nezhrmažďuje. Keď sa začne pacient dobre cítiť neznamená to, že je definitívne vyliečený, že môže s liečbou prestať. Sestra by mala vedieť, že účinok antidepresív sa rozvinie po 2 – 4 týždňoch užívania liekov, no niekedy čas trvania nástupu účavy trvá i dlhšie. Psychofarmaká pomáhajú pokiaľ ich pacient užíva, no antidepresíva majú účinok, ktorý môže ešte pretrvávajúť po poslednom užití niekoľko týždňov alebo mesiacov (Trenckmann, Bandelow, 1999). Veľmi vhodná je kombinácia antidepresív a psychoterapie.

Psychoterapia

Jadrom psychoterapeutických prístupov je podpora zdravých častí osobnosti. Psychoterapia pomáha obnoviť prirodzený pocit kontroly nad svojím vnímaním, myšlienkami a predstavami, emóciami a správaním. Psychoterapeut pomáha postihnutému porozumieť tomu, čo sa deje, oddeliť zdravé prežívanie od nezdravého, obmedziť, ohraničiť a zmierniť alebo odstrániť patologické vzorce správania, znovu obnoviť rebríček hodnôt, podporiť a rozvinúť všetko zdravé, nájsť prirodzenú dôveru v seba i vo svoje okolie, vytvoriť pocit bezpečia, kontroly nad svojím životom, nájsť cesty, ako prekonať súčasné životné problémy (Praško, 2003). V psychoterapii dochádza k zverejneniu veľmi osobných záležitostí, nevyhnutná je dôvernosť. Psychoterapia prebieha ambulantnou formou alebo počas hospitalizácie. Psychoterapeutická pomoc môže u človeka s depresiou vyvolať nádej ale i obavy. Nádej v tom, že sa niekto zaujíma o problémy pacienta a obavy z toho, že niekto poodhalí vnútro,

najsúkromnejšiu sféru u pacienta. Medzi pacientom a psychoterapeutom je preto dôležité vybudovať si dobrý vzťah, vzájomne si dôverovať, dodržať mlčanlivosť (Marková et al., 2006). Psychoterapia prebieha vo forme individuálnej alebo skupinovej. Pri individuálnej psychoterapii ide o vzťah medzi dvoma osobami, medzi terapeutom a liečeným. Pri skupinových terapiách sa stretáva skupina liečených s terapeutom, jednotlivec sa stretáva s ľuďmi s podobnou skúsenosťou. V skupine si medzi sebou vymieňajú názory, skúsenosti, vzájomne sa spoznávajú, podporujú sa v liečbe a tým sa zosilňujú aj ich pocity (Hašto, 1995).

Depresiou ohrození ľudia sú často veľmi presní, orientovaní na výkon a normu, majú na seba nároky, aby boli „stopercentní“ a nároční sú aj na druhých. Znamená to, že im robí problém nechať veci, aby plynuli. Psychoterapeutické vedenie ľudí trpiacich depresiou má byť zamerané i na učenie vycitovať vlastné potreby, hľadať primeraný pomer medzi námahou a uvoľnením, medzi prácou a voľným časom. Je dôležité nájsť vyvážený pomer medzi námahou, úsilím a uvoľnením (Červeňová, 2006).

Kognitívno-behaviorálna liečba

Základnou myšlienkou kognitívno-behaviorálnej terapie je súvis nálady(cítenie), myslenia a konania (Hautzinger 2000). Liečba je zameraná na problémy a riešenia, na celkovú pomoc, prijatie ochorenia, odstránenie depresívneho spôsobu myslenia, úpravu vzorcov správania, zlepšenie komunikácie s okolím a relaxáciu. Vedie ku zlepšeniu sociálnej adaptácie a sebavedomia. Na začiatku liečby sa venuje analýze súčasného správania. Behaviorálny terapeut pracuje v situácii tu a teraz (Praško, 2003). Na začiatku liečby pacient konkrétne a detailne popisuje, v akých situáciách sa jeho ťažkosti a modalít správania vyskytujú. Nastupuje vlastná nácviková fáza liečby. Pacient si aktívne vyskúša nové modalít správania a stratégie riešenia problémov. Za podpory a opory psychoterapeuta je pacient konfrontovaný s podnetmi, ktoré vyvolávajú depresívne stavy. Dôležitou zásadou je, pokúsiť sa nezostať so svojím depresívnym prežívaním sám izolovaný. Môže to byť priateľ, súrodenec, rodič alebo

vzdialenejší príbuzný, s kým sa treba podeliť o tom, čo sa deje (Trenckamnn, Bandelow, 2005). Medzi základné postupy kognitívno-behaviorálnej liečby patrí: porozumenie depresii, jej príznakom a súvislostiam, účelné plánovanie činnosti a pozvoľné zvyšovanie aktivity krok za krokom, postupné opustenie depresívneho a vytváranie nedepratívneho spôsobu myslenia, nácvik relaxácie, nácvik komunikácie a asertivity, nácvik metódy riešenia problému, prevencia relapsu depresie (Praško,2003).

Liečebné fázy a príslušné metódy kognitívno-behaviorálnej terapie:

1. fáza – určenie kľúčových problémov (kritéria: naliehavosť, významnosť, zmeniteľnosť), vytvorenie terapeutického vzťahu (akceptovanie pacienta s jeho negatívny spôsobom nazerania, záujem).
2. fáza – sprostredkovanie terapeutického modelu (na podklade pacientových zážitkov zostaviť súvislosti myšlienok, pocitov a správania odvodiť a sprístupniť elementy a štruktúru terapie).
3. fáza – budovanie aktivít (technika úspechu a potešenia, plánovanie týždňa).
4. fáza – sociálna kompetencia (plánovanie rolí, zrozumiteľné inštrukcie, vzťah k pacientovým problémom, opakované precvičovanie).

5. fáza – kognitívne techniky (evidencia negatívnych myšlienok a postojov, ozrejmienie negatívnych myšlienok, pocitov a správania, testovanie reality).

Kognitívno – behaviorálna terapia má pacientom dať možnosť samostatného ovplyvnenia budúcich depresívnych ťažkostí, na čo sa kladie dôraz ku koncu terapie (Hautzinger, 2000).

Záver

Sestra je členom terapeutického tímu a zúčastňuje sa psychoterapeutických aktivít buď priamo (sama vedie relaxáciu u pacienta) alebo nepriamo svojím prístupom k chorému, spôsobom kontaktu s chorým a podobne. Cieľom liečby je doviest' pacienta tak ďaleko, že nadobudne k životu opäť pozitívny postoj. Musí získať reálny postoj k svojim problémom a aktívne spolupracovať na možnostiach riešenia. Pobytom na oddelení môžeme pacienta odbremeniť od záťažových situácií len na určitú obmedzenú dobu. V ďalšom priebehu liečby sa preto musí obnoviť kontakt s vonkajším svetom, aby pacient po prepustení neupadol do rovnakej izolácie a samoty (Červeňanová, 2009).

Použitá literatúra

- [1] ČERVEŇANOVÁ, A. Ošetrovanie suicidálneho pacienta In *Ošetrovateľský obzor*.ISSN 1336-5606. 2009, roč. VI., č. 3, s.84-87.
- [2] ČERVEŇANOVÁ, V. 2006. *Psychosociálne faktory ovplyvňujúce vznik depresie a formy liečby*.
- [3] Nitra: Katedra psychologických vied, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2006. 80 s. Diplomová práca.
- [4] GAJDOŠOVÁ, M.2010 *Štandardizované postupy psychiatrickej ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s depresiou*. [Diplomová práca]. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne. Fakulta zdravotníctva. 2010.110 s.
- [5] GRÖBLINGER, Ch., STOCKMAYR, J. 1983. *Všeobecná a špeciálna psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Študijný text pre vnútornú potrebu psychiatrických zariadení.
- [6] HAŠTO, J. 1995. *Terapia depresií*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1995. 77 s. ISBN 80-967277-1-0.
- [7] HAUTZINGER, M. 2000. *Depresia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2000. 86 s. ISBN 80-88952-05-0.
- [8] JANOSIKOVÁ, E.H., DAVIESOVÁ, Y.L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, J. 1997. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada, 1997. 123 s. ISBN 80-7169-349-9.
- [10] MARKOVÁ, E. et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [11] MÚDRA, J., BULTMANOVÁ, D. 2008. *Kognitívno – behaviorálna terapia v liečbe depresií*. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika – časopis*. ISSN 1335-423X, 2008, roč. 15, č.2, s 127-130.

- [14] PRAŠKO, J. et al. 2003. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7178-809-0.
- [15] RABOCH, J. et al. 2004. *Depresivní onemocnění*. Praha 4: Mediforum, nakladatelstvo Maxdorf s.r.o., 2004. 91 s. ISBN 80-7345-016-X.
- [16] TRENCKMANN, U., BANDELOW, B. 2005. *Psychiatria a psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 270 s. ISBN 80-88952-26-3.

Kontaktná adresa

PhDr. Darina Šimovcová

Fakulta zdravotníctva , Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2, 911 50 Trenčín

e-mail: darina.simovcova@tnuni.sk

PhDr. Oľga Lacková

Denný psychiatrický a psychoterapeutický stacionár

Palackého 21, Trenčín

e-mail: oli.lackova@gmail.com

BOLEŠŤ CHRBTU A KVALITA ŽIVOTA

Jana Štefániková¹, Matúš Albert², Jozef Novotný³

¹Stredná zdravotnícka škola, Trnava

²Gym štúdio Albert, Trnava, SR

³Vysoká škola polytechnická, Jihlava, ČR

Abstrakt

Bolešť chrbtu nie je ani v súčasnosti nový fenomén. Vo vyspelých krajinách, už do 50. rokov 20. storočia, stúpa počet jedincov s bolesťami chrbtu a ďalšími vertebrogénnymi poruchami, ktoré jednoznačne zhoršujú kvalitu života. Tento stav má významný negatívny vplyv na samotných postihnutých jedincov ako i sociálne – ekonomické dopady na ich okolie, členov rodiny a na celú spoločnosť. Bolesť chrbtu, ktoré majú svoj pôvod v poruchách funkcie chrbtice sú celosvetovo považované za jeden z najzávažnejších medicínskych, ekonomických a sociálnych problémov. S týmto typom bolesti sa počas svojho života stretne takmer 85% všetkej populácie. Rozhodujúcu úlohu v interpretácii bolesti hrajú faktory genetické, vplyv výchovy, sociálne zaradenie, momentálne psychické nastavenie. Každý príznak, držanie tela i bolesť majú svoj zmysel a význam. Základný prvok medicínsko-ošetrovateľského prístupu u týchto pacientov má multidisciplinárny charakter. Na bolesť chrbtu musíme pozeráť komplexne, v kontexte všetkých možných ovplyvňujúcich faktorov (od vlastného vnímania bolesti až po vplyv spoločnosti). Aktivácia zainteresovanosti jednotlivcov na vlastnom zdraví je už polovičným úspechom na ceste k zlepšeniu a zvýšeniu kvality jeho života, čo je cieľom i ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová

Bolešť chrbtu – kvalita života – postihnutý jedinec – multidisciplinárny charakter – holistický princíp – ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Bolešť v oblasti chrbtu patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce zdravotné problémy v ľudskej populácii. V mnohých vyspelých krajinách už od 50. rokov 20. storočia ustavične stúpa počet postihnutých. Je veľmi závažné, že ide o čoraz mladšie vekové skupiny. Tento stav má významný negatívny vplyv na samotných postihnutých jedincov ako i sociálne – ekonomické dopady na ich okolie, členov rodiny a na celú spoločnosť. Je jednou z najčastejších príčin dlhodobej práceneschopnosti. Predovšetkým ale prináša utrpenie a obmedzenie v práci a bežnom živote, ovplyvňuje kvalitu života jedinca. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti nie je len zlepšenie zdravotného stavu pacienta, ale aj zabezpečenie čo najvyššej úrovne jeho kvality života.

Bolešť chrbtu

Existuje veľa spôsobov, ako môžeme deliť bolesti chrbtu (7,9,13).

Z časového hľadiska rozoznávame bolesť:

- **akútnu** - menej než 6 týždňov (3 mesiace). Môžeme ju deliť na dva typy. Prvá je tzv. prechodná bolesť, ktorá trvá niekoľko hodín či dní a postihnutý väčšinou nevyhľadáva lekársku pomoc. Typická akútna bolesť trvá niekoľko dní až týždňov. Môžu byť prítomné i ťažké neurologické nálezy;
- **subakútnu** – 6 až 12 týždňov;
- **chronickú** – pretrvávajúcu (kontinuálnu) bolesť dlhšiu než 3 mesiace. Chronická bolesť je v súčasnosti považovaná za biopsychosociálny problém, v ktorom sa biologické, sociálne a psychologické faktory v rôznom pomere vzájomne ovplyvňujú. Súčasťou chronickej bolesti je často depresia a úzkosť;

Z hľadiska etiológie rozoznávame:

- **chrbticovú** etiológiu bolesti;
- **nechrbticovú** etiológiu bolesti (prenesená bolesť) – prejavuje sa nezávislosťou bolesti na postavení a pohyboch chrbtice, nebolestivosťou pri palpácii chrbtice, chýbaním paravertebrálnych spazmov a zmiernením bolesti po správnej liečbe nechrbticovej etiológie bolesti. Delíme ju na:
 - **viscerálnu prenesenú bolesť** – je prenesená do bedrovej alebo krížovej oblasti z orgánov v oblasti panvy a brucha (vredová choroba, brušná aneuryzma, črevné komplikácie, nádory, úrazy, abscesy, náhle brušné príhody, mimomaternicová tehotnosť, dysmenorea, endometrióza, bolesť pri tehotenstve, močové kamene, trombózy ciev atď.);
 - **somatickú prenesenú bolesť** – jej pôvod môže byť zo štruktúr v bedrovej alebo krížovej oblasti. Prenesená bolesť napr. do dolnej končatiny nemusí mať etiológiu v chrbtici. Tak sa môžu do oblasti chrbtice premietiť bolesti z oblasti kĺbov ako i z oblasti hrudníka (angina pectoris, infarkt myokardu, srdcové arytmie).

Väčšina diagnostických odporúčaní delí bolesti chrbta a chrbtice podľa prítomnosti alebo neprítomnosti varovných príznakov a porúch nervového systému do 3 skupín:

- **jednoduché, nešpecifické bolesti chrbta** – zvyčajne bez jasného organického podkladu. Sú charakterizované mechanickými bolesťami (muskuloskeletálny pôvod). Lokalizácia je najmä v lumbosakrálnej oblasti (zadok, stehná). Ide o 20 – 55 ročných pacientov. Prognóza týchto bolesti je celkovo dobrá (90 % chorých sa uzdraví do 6 týždňov);
- **koreňová bolesť** – najčastejšou príčinou býva kompresia. Typická je jednostranná bolesť nohy s parestéziami. Je typicky neuropatická (ostrá, vystreľujúca, páľivá). Je horšia než jednoduchá bolesť chrbta. Prítomné sú známky nervového dráždenia s motorickými, senzorickými a reflexnými zmenami. Prognóza je horšia (50 % sa uzdraví do 6 týždňov);
- **bolesti chrbta vyvolané závažným organickým ochorením chrbtice** (infekcie, nádory, traumy).

Koncepcia „Red Flags“

V súčasnosti sa uvádza koncepcia tzv. “červených vlajok“ (**red flags**), ktorá znamená vytipovanie varovných príznakov, ktorých prítomnosť zvyšuje riziko závažného ochorenia chrbtice či vnútorných orgánov alebo postihnutie nervového systému. Medzi tieto rizikové faktory patria (1,2,3,4,5,9):

- vek nad 50 a pod 20 rokov (podozrenie na tumor), vek nad 70 rokov (podozrenie na zlomeninu stavca – trauma, osteoporóza, metastáza alebo primárny tumor),
- v anamnéze nádorové ochorenie (metastáza), chronická infekcia obličiek, pľúc, kože, iné závažné interné ochorenie (napr. cukrovka – infekčné komplikácie),
- dlhodobá imunosupresívna liečba, intravenózna aplikácia drog (infekcia),
- invazívny výkon na chrbtici (lumbálna punkcia, epidurálny katéter) vrátane operácie,
- úbytok na váhe, zvýšené teploty (tumor, infekcie),
- v anamnéze trauma,
- výrazné intenzívne lokálne bolesti, pokojové a nočné bolesti, bolesti provokované stojom, zlepšujúce sa v sede, bolesti v oblasti hrudnej chrbtice, brucha inak nevysvetliteľné, bolesti stavca alebo medzistavcového priestoru, bolesti (miernejšej intenzity), neustupujúce do 1 mesiaca.

Poruchy funkcie chrbtice – „Yellow Flags“

Bolesti chrbta, ktoré majú svoj pôvod v poruchách funkcie chrbtice sú celosvetovo považované za jeden z najzávažnejších medicínskych, ekonomických a sociálnych problémov. S týmto typom bolesti sa počas svojho života stretne takmer 85% celej populácie.

Podľa Medzinárodnej spoločnosti pre štúdium bolesti je bolesť charakterizovaná ako nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok, má celkom subjektívny charakter a je spojený so skutočným či potencionálnym poškodením tkaniva. Je to komplexná reakcia, kde je zastúpená zložka psychická i fyzická (1,2,13). Matka príroda nám ju dala ako varovanie pred poškodením a ochranu pred pokračovaním v sebapoškodzujúcom správaní. K bolesti chrbta je potrebné v prvom rade pristupovať ako ku komplexnému problému celého človeka s jeho potrebami a hodnotami. Bolesť ovplyvňuje kvalitu života najviac. Obmedzuje schopnosť pracovať alebo odpočívať a výrazne znižuje psychickú pohodu a schopnosť spoločenského styku. Kvalita života je negatívne ovplyvňovaná závažnosťou ochorenia, bariérami vo vykonávaní činností zameraných na podporu zdravia (13).

Rozhodujúcu úlohu v interpretácii bolesti hrajú faktory genetické, vplyv výchovy, sociálne zaradenie, momentálne psychické nastavenie. Každý príznak, držanie tela i bolesť majú svoj zmysel a význam. Ak sa v živote nedarí, človek to prežíva v zmenenej telesnej pozícii a naopak, z pozície, do ktorej ho núti bolestivý syndróm, možno odhadnúť ľudskú situáciu, ktorú riešil a nevyriešil. Inými slovami schúlenosť je stelesnením (somatizáciou) depresie, vzpriamenosť stelesnením optimizmu. Súvislosť medzi negatívnymi emóciami a bolesťami chrbta je nesporná. Bolesť chrbta sa pre pacienta často stáva únikovou cestou od riešenia stresujúcich psychických stavov. U dlhotrvajúcich a často sa opakujúcich bolestí chrbta je dôležité venovať pozornosť i psychosociálnym problémom, ktoré si pacient pre ich dlhé

trvanie neuvedomuje, alebo si už na ne zvykol a žije v pocite, že ich zvláda, prípadne ich vníma ako zahanbujúce a odmieta ich prezradiť. Sú dôležité pre vznik, ale najmä pre udržovanie bolesti chrbta. Hovoríme o tzv. „žltých – upozorňujúcich vlajkách“ (yellow flags), medzi ktoré patria (3,6,8,10,12,15):

- súčasné problémy vo vlastnej rodine (partnerské, rodičovské),
- problematika citových vzťahov, intímny život,
- problematika profesná (dosiahnutie kvalifikácie, primeranosť uplatnenia a ocenenia, charakter práce – časová, fyzická a psychická náročnosť, vzťahy na pracovisku),
- problematika životosprávy, aktívna starostlivosť o fyzickú kondíciu,
- problémy v pôvodnej rodine (detstvo, dospievanie),
- posúdenie psychického stavu, spôsobu psychickej relaxácie, záujmov, záľub, subjektívne posúdenie psychickej pohody pacientom, prípadná objektivizácia prostredníctvom štandardného psychologického testu,
- pasívne vyrovnávanie s bolesťou (očakávanie bolesti, obmedzenie až vylúčenie fyzickej a sociálnej aktivity),
- zvýšenie svalového napätia (svalová nerovnováha – ochranné pohyby – postihnutie chôdze).

Pacient buď odmieta pripustiť súvislosť bolesti s týmito faktormi, alebo súvislosť pripúšťa, respektíve ju sám tuší, ale usilovne pritom bráni svoj evidentne nevhodný životný štýl, ktorý je vlastnou príčinou celej problémovej situácie. Vyšetrenie „žltých vlajok“ by malo byť súčasťou bežného vyšetrenia chorého s bolesťami chrbta. Bolesť ako klinický príznak vo svojom chronickom priebehu ovplyvňuje mentálny stav pacienta, často vedie k anxiозite, depresivite a je príčinou narušenia aktivít denného života, obmedzuje pohyblivosť pacienta a narušuje spánok. Výsledkom je zmenený kontakt s prostredím pacienta, charakterizovaný modifikovaným správaním sa voči jeho okoliu a s tým súvisiace narušenie medziľudských vzťahov. Utrpenie je dôležitým popudom k zamysleniu sa nad sebou, signálom, že to tak ako doteraz už ďalej nejde. Veľký význam má psychoterapia, ktorá vedie pacientov k produktívnemu bilancovaniu doterajšieho života, uvedomovaniu si potreby vlastnej aktivity na liečebnom procese. Pre pacientov trpiacich bolesťami chrbta je dôležité sebakritické uznanie, že je toho na mňa príliš, že na niečo nestačím, že som si toho nabral moc a precenil svoje sily. Je potrebné sa zamyslieť nad tým, prečo som to tak dlho znášal, až prišlo k zvráteniu, prečo som si radšej skôr, pred začiatkom ťažkostí, niekoľko dní neodpočinul (2,4,5,11,16).

Terapeutický prístup k bolesti a pacient

Všetky tieto poznatky vedú k tomu, že základný prvok medicínsko-ošetrovateľského prístupu u týchto pacientov má multidisciplinárny charakter (2,3,5,7,9):

- využitie farmakoterapie;
- využitie fyzioterapie;
- využitie metód alternatívnej medicíny;

- využitie coopingových techník.

Multidisciplinárne programy vyžadujú aktívnu účasť nielen lekárov rôzneho zamerania, rehabilitačných pracovníkov, ale aj klinických psychológov a sociálnych pracovníkov, s cieľom ovplyvnenia medicínskej, psychologickkej a sociálnej roviny.

Veľký význam má aktívny prístup samotného pacienta. Rozhodujúce nie sú priania a prosby, ale činy. Pri chronickej nešpecifickej bolesti chrbta, chorí často strácajú sebadôveru v to, že by sami boli schopní zvládnuť a napomôcť liečeniu choroby. Majú sklon k pasívnym reakciám, ako je inaktivita (polihovanie), užívanie mnohých liekov, masáže, elektroliečba alebo požívanie alkoholu, aby potlačili bolesť a s ňou spojený stres. Riešenie svojich problémov často úplne nechávajú na svoju rodinu a zdravotníckych pracovníkov. Úroveň vnímania bolesti výrazne ovplyvňujú kognitívne aktivity pacientov. Keď sú psychologické faktory nastavené negatívne, tak ju zvyšujú a človek pozitívne nastavený má bolesti menšie (7). Je potrebné k pacientovi pristupovať holisticky, kde faktory patologicky zmeneného tkaniva majú rovnako dôležitú úlohu ako faktory psychologické, pocity strachu, existenčná neistota, očakávania, nálada, životné nastavenie a pod. Keď má pacient akútne ťažkosti, je ľahké robiť prevenciu, pacient je vtedy ochotný vo všetkom spolupracovať. Avšak aké je ťažké presvedčiť o jej nevyhnutnej potrebe aj človeka, ktorý bezprostredne netrpí, ale je aktuálne ohrozený, prípadne čo najširší okruh ľudí, ktorí doteraz ťažkosti s chrbticou nemali, ale nesprávnym spôsobom života sú na bolesti chrbtice a ťažkosti s ňou predurčení. Je dôležité zmeniť presvedčenie pacienta, že fyzická aktivita je pre chrbticu škodlivá, že za jeho chrbticu zodpovedajú zdravotnícki pracovníci, či jeho najbližšie okolie (napr. rodina) a nie on sám. Je potrebné ho presvedčiť, že záleží predovšetkým na ňom, či svojim postojom svoje chronické bolesti zvládne. Je potrebné ho viesť k tomu, že musí sám zmeniť svoju životosprávu (úprava telesnej hmotnosti, prestať fajčiť, nadmerne konzumovať alkohol, úprava postele, začať sa pravidelne a dostatočne pohybovať, s nácvikom fyzických aktivít by mal začať na rehabilitácii po odoznení akútnej fázy ochorenia), eventuálne zmeniť svoje pracovné návyky (úprava pracovného prostredia – napr. ochrana pred prechladnutím, zbytočné zdvíhanie bremien nahradiť technikou, úprava pracovnej stoličky či stola a pod.) (4,9,10,11,13,15).

Škola chrbta a prevencia

Veľký význam pri predchádzaní rôznych komplikácií má i dodržiavanie zásad *školy chrbta*. Prevažná väčšina pacientov má možnosť sa s ňou stretnúť až v rámci výchovnej rehabilitácie, t.j. vtedy, keď sa už akútne alebo chronické ochorenie naplno prejavilo. Hlavné zameranie školy chrbtice by malo smerovať z tejto terciálnej prevencie do oblasti sekundárnej a hlavne primárnej prevencie (2).

Primárna prevencia je dôležitá v detskom a školskom veku. Treba predchádzať pohybovej chudobe, poruchám postoja a nedovoliť statické preťaženie.

Sekundárna prevencia je dôležitá v štádiu ešte nebolestivej poruchy funkcie osového orgánu. Na tomto mieste je dôležité vyhľadávanie pacientov s poruchou.

Terciálna prevencia spája rehabilitačné postupy do prevencie a je dôležitá z hľadiska bolestivých atak.

Dodržiavaním týchto zásad je jedinec uchránený pred bolesťami a obmedzením pohyblivosti, teda aj prípadnej práceneschopnosti.

ZÁVER

Na bolesť chrbta musíme pozerat' komplexne, v kontexte všetkých možných ovplyvňujúcich faktorov (od vlastného vnímania bolesti až po vplyv spoločnosti). Aktivácia zainteresovanosti jednotlivcov na vlastnom zdraví je už polovičným úspechom na ceste k zlepšeniu a zvýšeniu kvality jeho života, čo je cieľom i ošetrovateľskej starostlivosti. Zainteresovanosť jednotlivca je nevyhnutným predpokladom na odstránenie chronických bolestí chrbta a ostatných vertebrogénnych ochorení. ***Bez tejto spolupráce nie je možné očakávať zlepšenie kvality života pacienta.*** Táto spolupráca pacienta a terapeuta musí byť dlhodobá a doživotná.

„Snád' jediný spôsob, ako si zachovať zdravie, je jesť, čo ti nechutí, piť, čo sa ti hnuší a robiť, čo sa ti nechce“.

(M. Twain)

Literatúra

- [1] ÁGHOVÁ, E. a kol.: Hygiena. Martin : Osveta, 1993, 267 s.
- [2] ALAZANI, A.: Bolesť jako varující signál. In: Interní medicína pro praxi. Vol. 6, 2001, s. 276-279.
- [3] ALBERT, M., et al: 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,
- [4] ALBERT, M., et al: Kreatín zaberá! In: Muscle&Fitness, CS edition, 11/2004, s. 54.
- [5] DOBBINS, B.: 10 příčin zranění. In: Muscle&Fitness, CS edition, 4/2005, s. 62.
- [6] EGNEROVÁ, A., GULIŠ, G.: Epidemiológia neinfekčných chorôb. Bratislava : SAP, 2001, 129 s.
- [7] GÚTH, A., MERCEKOVÁ, L.: Posturálne a dynamické aktivity zo školy chrbtice aplikované pri osteoporóze. In: Rehabilitácia, Vol.41(2), 2004, s. 247-253.
- [8] HAMAR, D., LIPKOVÁ, J.: Fyziológia telesných cvičení. Bratislava : UK, 1996, 176 s.
- [9] HNÍZDIL, J. a kol.: Bolesť zad: mýty a realita. Praha: Triton, 2005, 231s.
- [10] KADAŇKA, Z.: Bolesť zad jako psychologický problém. In: Neurologie pro praxi. Vol. 10 (2), 2009, s. 86 – 90.
- [11] LINC, R.: Náuka o pohybe. Martin : Osveta, 1993, 397 s.
- [12] PALÁT, M.: Multidisciplinárne aspekty boja proti chronickej bolesti. In: Revue medicíny v praxi. Vol. V (1), 2007, s. 42.
- [13] STANČIAK, J. , NOVOTNÝ, J.: Drogové závislosti a prevencia. Bratislava : EXPOL PEDAGOGIKA, s. r. o., 1. vydanie 2011, 103 s., ISBN: 978-80-8091-240-6

- [14] ŠTĚTKÁŘOVÁ, I.: Bolesti zad. In : Medicína pro praxi. Vol. 3, 2007, s. 124-127.
- [15] TLAPÁK, P.: Tvarování těla. Praha : ARSCI, 1999, 272 s.
- [16] VRBA, I.: Diferenciální diagnostika a léčba bolestí zad. In: Interní medicína pro praxi. Vol. 10 (3), 2008, s.142-145.

VPLYV PFP (PSYCHOFYZICKEJ PRÍPRAVY NA PÔROD) NA TLMIENIE PÔRODNEJ BOLESTI

Emöke Takácsová, Adriana Repková, Janka Hrabčáková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v Bratislave

Abstrakt

Východisko: V priebehu vývoja ľudstva a medicíny sa stal jedným z kľúčových problémov človeka fenomén bolesti. Na jednej strane trápi tento pocit človeka v chorobe, na druhej strane sprevádza taký fyziologický dej, akým je zrodenie života. Pôrodná bolesť je hodnotená ako jedna z najsilnejších bolestí vôbec. Moderná medicína a nové ošetrovateľské postupy prinášajú podstatný pokrok v kvalite a bezpečnosti pôrodov. **Prieskumu sa zúčastnilo** 100 respondentiek ktoré sme oslovili zámerným výberom. Z nich polovica absolvovala a druhá polovica neabsolvovala psychofyzickú prípravu na pôrod. **Zistili sme**, že informovanosť žien o metódach zbezbolestnenia pôrodu súvisí s navštevovaním predpôrodných kurzov. Ženy, ktoré takéto kurzy absolvovali, disponujú informáciami aj o alternatívnych metódach tlmenia pôrodnej bolesti. Pri pôrode dali prednosť týmto metódam pred epidurálnou analgéziou. Kurzy psychofyzickej prípravy na pôrod im umožňujú zodpovednejšie sa pripravovať na pôrod, získavať viac informácií, vymieňať si skúsenosti s inými budúcimi matkami Tieto kurzy teda majú svoje opodstatnenie.

Kľúčové slová

Pôrodná bolesť, tlmenie pôrodnej bolesti, psychofyzická príprava na pôrod.

Abstract

Resource: In the course of humanity and medicine the phenomenon of human pain has become one of the key problems. On one hand, the man suffers from diseases, on the other hand, it is accompanied by a physiological action, such as the birth of life. Birth pain is rated as one of the strongest pain at all. Modern medicine and new nursing procedures bring significant progress in the quality and safety of birth. In the survey 100 respondents were questioned who we have contacted according to a deliberate choice. Half of them has undergone a psycho-physical preparation for childbirth, the other half has not. We found out that informing women about the methods of having a birth without pain is related to attending prenatal courses. Women who have completed such courses, have more information on alternative methods of silencing labor. At childbirth they prefer these methods to epidural analgesia. Courses of psycho-physical preparation for childbirth enable them to responsibly prepare for childbirth responsibly, to obtain more information and share experiences with other mothers -to- be. Therefore these courses are justified.

Key words

Birth pain, birth pain control, psycho-physical preparation for childbirth.

Úvod

Pôrod možno z psychologického hľadiska charakterizovať ako psychofyziologickú krízu. Pocity strachu z fyzického nebezpečia, neznalosť prostredia a vývoja situácie, túžba po úspešnom splnení materského poslania a bolesť sa kombinujú a stupňujú. Pôrodná bolesť je jedinou bolestivou reakciou človeka, ktorá má fyziologickú príčinu. Špecifickým vzdelávacím programom, ktorý by mal ženu kvalitne pripraviť na tehotnosť a pôrod sú kurzy psychofyzickej prípravy na pôrod (Repková, 2008).

Prieskumom sme chceli zistiť, či boli respondentky informované o možnostiach tlmenia pôrodnej bolesti a ak áno, či aj využili tieto informácie. Ďalej sme chceli zmapovať súvislosť medzi informovanosťou žien, využívaním jednotlivých metód tlmenia pôrodnej bolesti a navštevovaním predpôrodných kurzov.

Ciele prieskumu

- Zistiť informovanosť žien o metódach tlmenia pôrodnej bolesti.
- Zmapovať súvislosť medzi informovanosťou žien a využívaním jednotlivých metód pôrodnickej analgézie.
- Zmapovať súvislosť medzi informovanosťou žien a absolvovaním kurzov PFP na pôrod.

Metódy a súbor

V empirickej časti prieskumu sme použili dotazníkovú metódu, ktorá umožnila objektívne priblížiť realitu skúmaného ukazovateľa. Údaje od respondentov sme získali po predchádzajúcom vysvetlení podmienok k vyplneniu predložených dotazníkov. Dotazník obsahoval otázky zatvorené, ale aj otvorené, na ktoré respondentky odpovedali vlastnými slovami. Vo väčšine položiek mali respondentky vyznačiť jednu správnu odpoveď, ale v niektorých otázkach bolo možné vyznačiť aj viac správnych odpovedí. Dotazník bol dobrovoľný a anonymný.

Vytvorili sme 2 typy dotazníka. Formulár A- určený pre absolventky kurzov psychofyzickej prípravy na pôrod - obsahoval 22 otázok, formulár B - určený pre ženy, ktoré neabsolvovali psychofyzickú prípravu na pôrod - obsahoval 21 položiek.. Súčasťou každého dotazníka bol aj inštruktážny list. Dotazníky sme rozдали respondentkám osobne, respondentky ho vyplnili samostatne. Návratnosť bola 100 %.

Navrhnuté položky sme overovali štandardným spôsobom. V rámci pilotnej štúdie nebolo potrebné jednotlivé dotazníkové položky preformulovať.

Respondentská vzorka

Skúmaný súbor tvorilo 100 respondentiek, ktoré sme oslovili zámerným výberom. Z nich polovica absolvovala a druhá polovica neabsolvovala psychofyzickú prípravu na pôrod. Respondentky sme oslovovali pomocou internetu, na gynekologických ambulanciách a v „Štúdiu pre ženy“ v Šali. Medzi oslovenými respondentkami boli prvo-, druho- i viacrodičky. Podľa toho, či absolvovali psychofyzickú prípravu na pôrod, dostali dotazník A, ak neabsolvovali- dotazník B.

Charakteristika súboru

Vekové zloženie respondentiek:

Katégorie odpovedí	20-25 rokov	26-30 rokov	31-35 rokov	36-40 rokov	Spolu
početnosť [n]	6	32	10	2	50
početnosť [%]	12 %	64 %	20 %	4 %	100 %

Vzdelanie respondentiek

Katégorie odpovedí	vysokoškolské	stredoškolské s maturitou	stredoškolské bez maturity	základné	Spolu
početnosť [n]	28	18	4	0	50
početnosť [%]	56 %	36 %	8 %	0 %	100 %

Počet pôrodov

Katégorie odpovedí	prvý pôrod	druhý pôrod	tretí pôrod	viac ako tri pôrody	Spolu
početnosť [n]	38	10	2	0	50
početnosť [%]	76 %	20 %	4 %	0 %	100 %

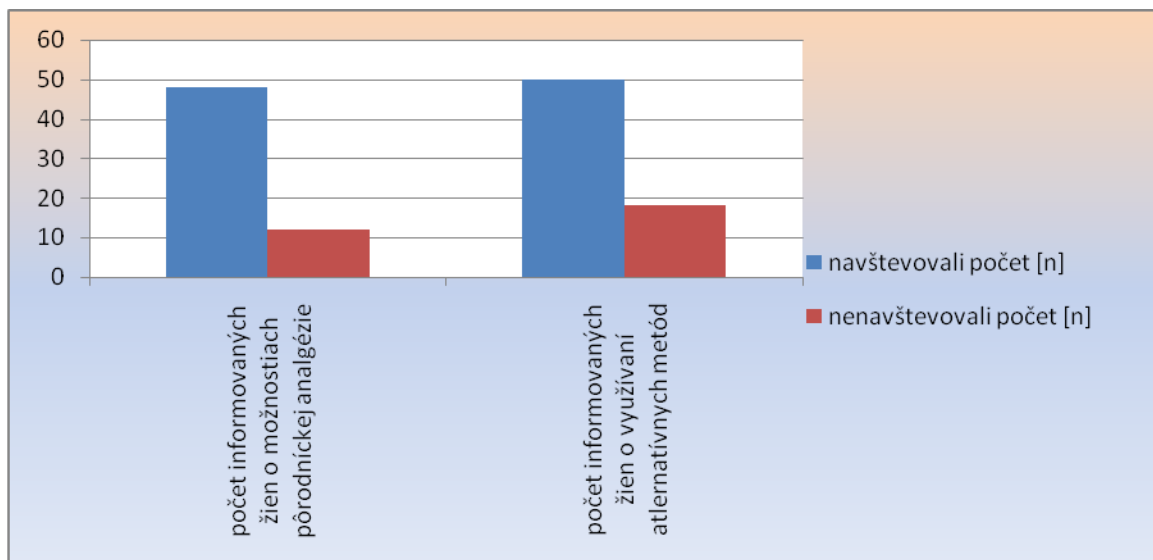
Výsledky prieskumu

Hypotéza č. 1, v ktorej sme predpokladali, že **informovanosť žien o možnostiach tlmenia pôrodnej bolesti súvisí s navštevovaním predpôrodných kurzov, sa potvrdila**. Predpokladali sme, že ženy, ktoré navštevovali kurz psychofyzickej prípravy na pôrod mali viac informácií o rôznych možnostiach tlmenia pôrodnej bolesti ako ženy, ktoré takúto prípravu neabsolvovali.

Výsledky podporujú hypotézu, pretože vo vzorke A má až 86 % žien taký názor, že navštevovanie psychofyzickej prípravy bolo pre ne určite prínosom. 96 % respondentiek si myslí, že počas tehotnosti dostali dostatočné informácie o možnostiach tlmenia pôrodnej bolesti. V otázke č.14 mali ženy možnosť označiť viacero odpovedí. V 53 % označili, že informácie im poskytla pôrodná asistentka na kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod. Všetky ženy (100 %) tvrdili, že boli dostatočne informované aj s možnosťami využívania alternatívnych metód pôrodnickej analgézie. Ženy zo súboru B na našu otázku, či boli dostatočne informované o metódach tlmenia pôrodnej bolesti odpovedali v 36 % negatívne, 40 % žien si myslí, že boli informované len čiastočne a 24 % respondentiek uvádza, že dostali o týchto metódach dostatočné informácie. Tieto ženy nenavštevovali kurz psychofyzickej prípravy na pôrod a v 55 % tvrdili, že o alternatívnych metódach pôrodnickej analgézie ich nikto neinformoval. Informácie získavali z kníh, časopisov, cez internet (21 %), v prenatálnej poradni (14 %) a aj od kamarátok (10 %).

Na základe uvedených výsledkov konštatujeme, že informovanosť žien o možnostiach tlmenia pôrodnej bolesti súvisí s navštevovaním predpôrodných kurzov. **Položky potvrdzujú hypotézu. Hypotéza sa potvrdila.**

Graf 45 Sumár k hypotéze 1



Hypotéza č. 2, v ktorej sme predpokladali, že ženy, ktoré navštevovali kurz psychofyzickej prípravy na pôrod využívali pri pôrode skôr alternatívne metódy pôrodnickej analgézie, sa potvrdila.

Predpokladali sme, že ženy, ktoré navštevovali predpôrodné kurzy a mali viac informácií, využili pri pôrode skôr alternatívne metódy. Výsledky položiek potvrdzujú, že táto hypotéza sa potvrdila. Ženy mali možnosť v sledovanej položke označiť viacero odpovedí- vo veľkej miere využívali pri pôrode úľavové polohy (25 %), relaxačný balón (23 %), hydroanalgéziu (21 %), relaxačné masáže (16 %) a aj muzikoterapiu (13 %). Nakoľko aromaterapia patrí u nás k pomerne málo rozšíreným metódam pôrodnickej analgézie, bola využitá len v 3 %. V položke 15, v ktorej sme sa pýtali na účinnosť jednotlivých alternatívnych metód, naše respondentky uviedli, že im pri pôrode najviac pomohlo používanie relaxačného balónu (24 %), pozitívny účinok hydroanalgézie (22 %) a úľavových polôh (22 %). V 15 % boli spomenuté tlakové masáže, v 7 % muzikoterapia a 1 % patrilo aromaterapii. V 6 % respondentky nevedeli posúdiť, či im pomohli niektoré z uvedených metód 2 ženy mali pocit, že im nepomohla ani jedna alternatívna metóda. V položke 19 sme zisťovali mieru využitia epidurálnej analgézie u žien, ktoré absolvovali predpôrodný kurz. Na základe analýzy štatistických údajov sme zistili, že až 85 % žien vôbec nemalo záujem o využívanie tejto metódy a len 12 % respondentiek využilo epidurálnu analgéziu na zlepšenie prežívania pôrodnej bolesti. 4 % žien uvádza, že nemali možnosť výberu.

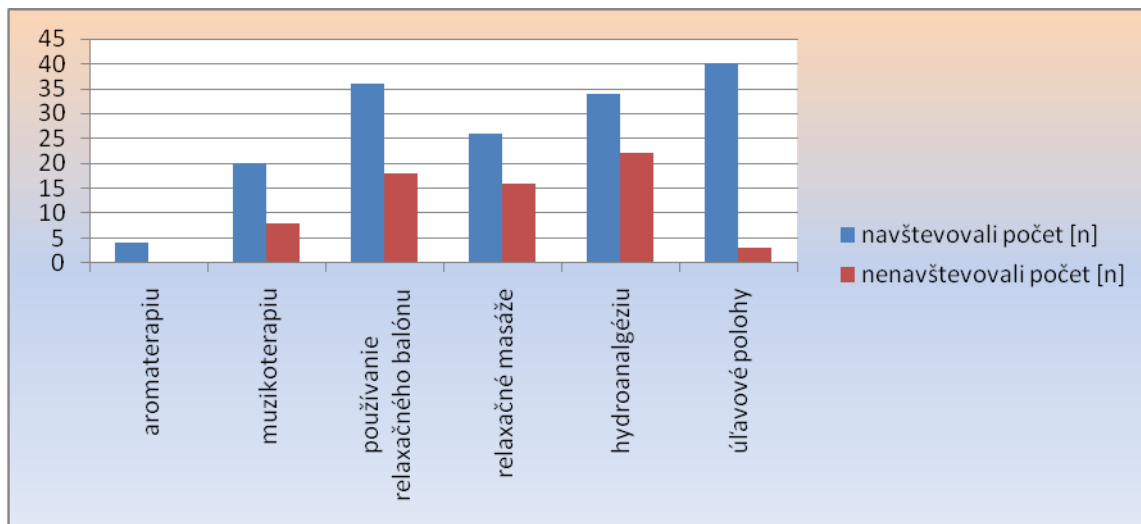
V respondentskej vzorke B najvyužívanejšou nefarmakologickou metódou bola hydroanalgézia (33 %), používanie relaxačného balónu (27 %), relaxačné masáže (24 %) a muzikoterapia (12 %). Menej využívané boli úľavové polohy (4 %) a aromaterapiu

nevyužila ani jedna z opýtaných žien . V položke 15 tieto ženy uviedli, že im najviac pomohla hydroanalgezia (27 %), ďalej tlaková masáž (21 %), používanie fitlopty (13 %). Muzikoterapia pomohla respondentkám v 6 % a úľavové polohy v 3 %. V 22 % ženy nevedeli posúdiť účinok týchto metód a v 8 % uviedli, že podľa nich im neposkytla žiadna metóda očakávanú úľavu. Položkou 18 sme potvrdili, že tieto respondentky inklinovali skôr k epidurálnej analgézi, pretože túto metódu zbezbolestnenia pôrodu využilo až 24 žien (48 %). 32 % nemalo možnosť a 20 % ani záujem o túto metódu.

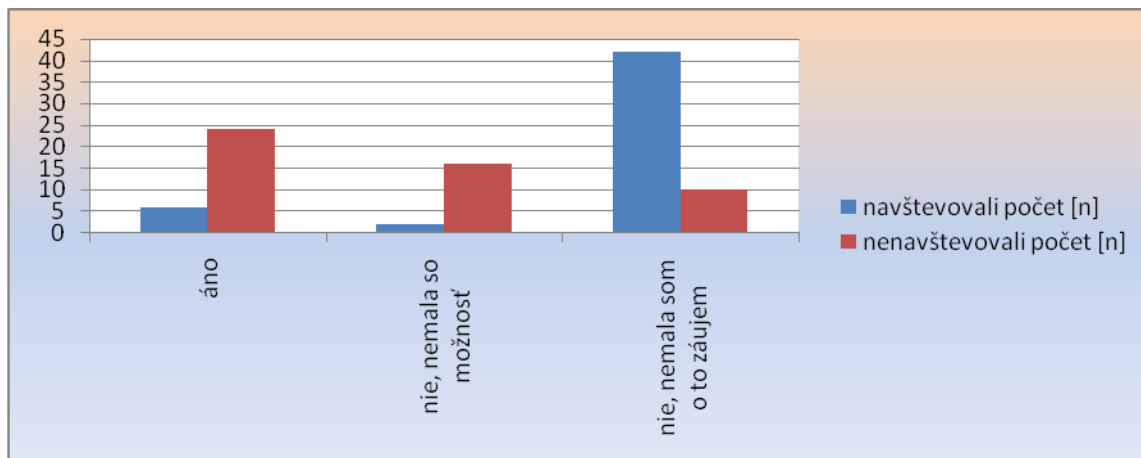
Pri analýze položiek zaoberajúcich sa mierou využitia alternatívnych metód pôrodnicej analgézie sme zistili, že ženy , ktoré absolvovali predpôrodné kurzy, využili pri pôrode skôr alternatívne metódy. V respondentskej vzorke B skôr prevláda využitie epidurálnej analgézie.

Z uvedeného konštatujeme, že položky potvrdzujú hypotézu.

Graf 46 Sumár k hypotéze 2



Graf 47 Sumár k hypotéze 2



Diskusia

Predmetom skúmania vo výskume bolo zistenie úrovne informovanosti žien o dostupných metódach pôrodnickej analgézie a zmapovanie súvislosti medzi informovanosťou žien a absolvovaním kurzov psychofyzickej prípravy na pôrod.

V súčasnosti sa do popredia čoraz viac dostáva epidurálna analgézia, ako jedna z najúčinnějších metód tlmenia pôrodnej bolesti. Čítame a počujeme o nej všade. Hovorí sa, že je Rolls - Royce medzi metódami pôrodnickej analgézie (G.F.Marks). Lenže existujú aj iné – alternatívne metódy na zlepšenie prežívania pôrodu, o ktorých ženy nevedia, resp. má o nich informácie len určitá skupina žien. Pôrodné asistentky majú v rukách moc na formovanie postojov žien k jednotlivým metódam pôrodnickej analgézie v rámci kurzov psychofyzickej prípravy na pôrod. Zaujímalo nás preto, či informovanosť žien o možnostiach tlmenia pôrodnej bolesti súvisí s navštevovaním predpôrodných kurzov, aké metódy využili ženy, ktoré takýto kurz absolvovali. Analyzovali sme, či pôrodníku epidurálnu analgéziu využili skôr ženy, ktoré majú nižší prah bolesti a zisťovali sme záujem žien o využívanie alternatívnych polôh vo vypudzovacej fáze pôrodu.

V tomto kontexte sme formulovali aj otázky prieskumu. Po analýze jednotlivých položiek a hypotéz konštatujeme, že informovanosť žien o metódach zbezbolestnenia pôrodu súvisí s navštevovaním predpôrodných kurzov. Ženy, ktoré takéto kurzy absolvovali, disponujú informáciami aj o alternatívnych metódach tlmenia pôrodnej bolesti. Hrabčáková uvádza, že k správnej orientácii v každodenných zmenách v priebehu gravidity, ale aj o vhodnom cvičení v období tehotenstva, pôrodu a šestonedelia majú ženy pomáhať, gynekológ, pôrodná asistentka, ale aj zdravý záujem samotnej ženy venovať sa takej fyzickej aktivite, ktorá je pre ňu vhodná počas spomínaného obdobia.

V ďalšej časti výskumu nás zaujímalo, či ženy, ktoré navštevovali kurz predpôrodnej prípravy využili pri pôrode skôr nefarmakologické alebo farmakologické metódy pôrodnickej analgézie. Podľa našich zistení respondentky, ktoré boli špecificky pripravované v kurzoch, využívali širšie spektrum nefarmakologických metód pôrodnickej analgézie a použili ich častejšie ako ženy vo vzorke B.

Gymnastika v gravidite je súčasťou psychofyzickej prípravy na pôrod, pretože pomáha lepšie prekonávať zmeny súvisiace s graviditou a pripravuje ženu na pôrod. (Hrabčáková, 2010)

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Na základe získaných údajov by sme si dovoľili navrhnúť do praxe:

- lepšiu propagáciu kurzov psychofyzickej prípravy na pôrod v rámci prenatálnych poradní,
- zvýšiť dostupnosť predpôrodných kurzov,
- edukovať tehotné ženy o možnostiach navštevovania psychofyzickej prípravy na pôrod formou letákov a edukačných listov,
- podporiť všetky združenia, ktoré vyvíjajú aktivity medzi tehotnými ženami,

- zvýšiť informovanosť pôrodných asistentiek, ktoré pôsobia na pôrodných sálach, o možnostiach, ale aj o správnom využívaní nefarmakologických metód pôrodnickej analgézie,
- skvalitniť vybavenie pôrodných sál, aby ženy mali možnosť využívať aj alternatívne metódy pôrodnickej analgézie,
- zlepšiť spoluprácu pôrodných asistentiek, ktoré vykonávajú psychofyzickú prípravu na pôrod s gynekológmi primárneho kontaktu.

Záver

Bolesť je životnou skúsenosťou každej ľudskej bytosti: sprevádza nás celým životom. Ona existuje a predstavuje univerzálnu a nevyhnutnú skúsenosť každého človeka. Je individuálna a môže byť taká intenzívna, že zaujme celú myseľ chorého a neraz zmení jeho doterajší život. Jej prežívanie je spojené s telesnými, emotívnymi a sociálnymi poznatkami.

V tejto práci sme sa venovali bolesti, ktorá sa však netýka chorého, ale týka sa toho najkrajšieho a najvýznamnejšieho momentu v živote ženy – pôrodu. Je to skutočne životná skúsenosť, ktorá zmení nielen život ženy, ale aj jej okolia. Neznamená to však, že dieťa musí byť na svet privádzané nevyhnutne v bolestiach..

Moderná medicína dokáže eliminovať, respektíve potlačiť tento sprievodný jav, čím sa môže pôrod stať krajším a príjemnejším zážitkom. Pôrod teda budú sprevádzať emócie. Nemusia to byť iba emócie vyjadrujúce strach a obavy z neznámeho, ale najmä emócie vyjadrujúce radosť a očakávanie.

Správnou prípravou rodičovského páru a dôsledným uspokojovaním aj potrieb môžeme zabezpečiť fyziologický priebeh pôrodu a podporiť formovanie novej rodiny v emocionálne priaznivom prostredí (Repková, 2011).

Literatúra:

- [1] GULÁŠOVÁ, I. .2008. Bolest' ako ošetrovateľský problém. Martin: Osveta, 2008, 95 s., ISBN: 978-80-8063-288-5
- [2] HIDAS, Gy., RAFFAI J., VOLLNER, J. 2005. *Lelki köldökzsinór*. Budapest: Helikon, 2005, 253 s., ISBN: 963-208-983-9
- [3] CHVÁTILOVÁ, P. 2005. Historie psychologické přípravy těhotných žen k porodu. In: *Porodní asistence*, roč. 1, 2005, č.1, s. 17-21, ISSN: 1801-5808
- [4] HRABČÁKOVÁ, J. 2010. *Manažment fyzickej prípravy v kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod*. Bratislava: SZU. Rigorózna práca. 2010.
- [5] HRABČÁKOVÁ, J. 2011. *Fyzická aktivita rodičiek v prvej dobe pôrodnej*. In: *Jihlavské zdravotnícke dny 2011, I. ročník, Jihlava, ČR, 21. 4. 2011. Sborník z mezinárodní konference, Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. s 557-560.*
- [6] REPKOVÁ, A. 2011. *Emociálna starostlivosť o šestonedielku*. In: *Jihlavské zdravotnícke dny 2011, I. ročník, Jihlava, ČR, 21. 4. 2011. Sborník z mezinárodní*

konference, Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011. : Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. - S. 557-560.

- [7] REPKOVÁ, A. 2008. *Psychofyzická príprava na pôrod*. Bratislava: SZU, 2008. 105 s.- ISBN 978-80-89352-21-0.

FYZIKÁLNE METÓDY TLMENIA PÔRODNEJ BOLESTI

Emóke Takácsová, Adriana Repková, Janka Hrabčáková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v Bratislave

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou fyzikálnych metód pôrodnicej analgezie- transkutánnou elektrickou nervovou stimuláciou (TENS) a intrakutánnou aplikáciou sterilnej vody. Popisuje techniku používania elektrického zariadenia, pri ktorej sa slabší elektrický prúd aplikuje na vybrané časti pokožky a zaoberá sa metódou, ktorá sa zakladá na podobnom princípe- analgetickým účinkom intrakutánnych vpichov sterilnej vody.

Kľúčové slová

Transkutánná elektrická nervová stimulácia, spôsoby aplikácie, pôrodná asistentka, pôrodná bolesť.

Abstract

The report deals with the problem of physical methods of obstetrical analgesia, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and the intracutaneous application of sterile water. It describes the technique of electrical equipment usage, in which the weaker electric current is applied to the selected parts of the skin and discusses the method, which is based on a similar principle of analgesic effects of intracutaneous puncture of sterile water.

Key words

Transcutaneous electrical nerve stimulation, methods of application, midwife, labor pains.

Úvod

V priebehu vývoja ľudstva a medicíny sa stal jedným z kľúčových problémov človeka fenomén bolesti. Na jednej strane trápi tento pocit človeka v chorobe, na druhej strane sprevádza taký fyziologický dej, akým je zrodenie života. Pôrodná bolesť je hodnotená ako jedna z najsilnejších bolestí vôbec. Moderná medicína a nové ošetrovateľské postupy prinášajú podstatný pokrok v kvalite a bezpečnosti pôrodov, ale existujú aj metódy, ktoré sa používajú už desiatky stáročí. K týmto metódam patria fyzikálne metódy tlmenia pôrodných bolestí. Sú jednoduché, bezpečné a nemajú vedľajšie účinky.

Analýza problematiky

Transkutánná elektrická nervová stimulácia

TENS patrí k takzvaným „kontrastimulačným“ analgetickým technikám. Túto metódu upravil na účely pôrodnicej analgezie v 80. rokoch Bundsen, ktorý zistil, že pôrodné bolesti sa

výrazne zmiernili až po otvorení bránky na 5 cm, pri väčšej dilatácii však TENS nebola účinná.

Je to technika, pri ktorej sa slabší elektrický prúd aplikuje na vybrané časti pokožky pomocou malého elektrického zariadenia. Dve párové elektródy sa pripoja do krížovej krajiny na dermatóm vo výške Th 10 - L1 a ďalšie dve elektródy na dermatóm vo výške S2-S4. Elektródy sú pripojené k malému aparátu, ktorý reguluje sama rodička. Pocit sa opisuje ako brnčanie, chvenie, ťukanie. Slabé elektrické impulzy zjavne zasahujú do pocitov bolesti. Prúd možno upraviť tak, aby vyvolal príjemný pocit a zmiernil bolesť. Zmiernenie bolesti trvá aj po skončení aplikácie prúdu.

Tento spôsob zbezbolestnenia pôrodu je jednoduchý, bezpečný, účinný - najmä vo včasných štádiách pri tlmení krížových pôrodných bolestí. Nevýhodou je cena zariadenia a nespoľahlivá účinnosť v pokročilých štádiách pôrodu.

Intrakutánne vpichy sterilnej vody

Táto metóda pochádza zo škandinávskych krajín a zakladá sa na podobnom princípe ako transkutánná elektrická nervová stimulácia.

V tomto prípade sa na štyri miesta v sakrálnej oblasti aplikuje intrakutánne po 0,1 ml sterilnej vody. Uvoľňujú sa endorfíny, ktoré ovplyvňujú prenos nociceptívnych impulzov bolesti. Takýmto spôsobom sa pomerne účinne tlmia najmä bolesti chrbta, analgetický účinok na bolesti v podbrušku počas kontrakcií je však minimálny. U 90 % žien dochádza k zmierneniu bolesti do dvoch minút. Účinok intrakutánnych vpichov trvá 45-90 minút. Blokáciu je možné v priebehu pôrodu niekoľkokrát opakovať.

Výhody:

- dobré až výborné okamžité utíšenie bolesti chrbta,
- nemá vedľajšie účinky,
- môže to aplikovať aj pôrodná asistentka / nie na príkaz lekára/,
- odpadá nepohodlie i.v. aplikovaných tekutín,
- je ekonomická,
- necháva rodičke úplnú voľnosť pohybu,

Nevýhody:

- neúplné zmiernenie bolesti,
- nemali by byť robené masáže v mieste vpichu.

Záver

Fyzikálne metódy pôrodnickej analgézie sa používajú najmä vo včasných štádiách pôrodu, pri tlmení bolesti v krížovej oblasti. Nie sú síce také účinné ako farmakologické metódy, ale ich výhodou je, že nemajú vedľajšie účinky a môže ich aplikovať aj pôrodná asistentka.

Literatúra

- [1] Enkin, M.a kol. 1998. Efektivní péče v perinatologii. Praha: Grada Publishing, 1998, 385 s., ISBN 80-7169-417-7
- [2] Mikulandová, M. 2004. Těhotenství a porod. Brno: Computer Press ®, 2004, 160 s., ISBN 80-251-0205-X
- [3] Pařízek, A. a kol. 2006. Kniha o těhotenství @ porodu. Praha: Galén, 2006, 414 s., ISBN 80-7262-411
- [4] Tomáš, S. 2000. Bezbolestný pôrod. Martin: Osveta, 2000, 104 s., ISBN 80-8063-040-2

HODNOTÍCÍ A MĚŘÍCÍ ŠKÁLY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Magda Taliánová, Markéta Moravcová, Martina Jedlinská

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Abstrakt

Příspěvek se zabývá problematikou hodnotících a měřících škál a jejich následným využitím v ošetrovatelské praxi. V teoretické části je popsán význam hodnotících a měřících škál na kvalitu poskytované péče. V průzkumném šetření jsou uvedeny výsledky vztahující se k využívání těchto škál nelékařskými zdravotnickými pracovníky, preferenci vybraných škál a možnostem dalšího vzdělávání v dané problematice.

Klíčová slova

Hodnotící škála, ošetrovatelství, péče, kvalita, vědomí.

Abstract

This paper deals with the evaluation and measurement scales and their subsequent use in nursing practice. In the theoretical section describes the importance of evaluation and measurement scales for quality of care. The exploratory survey results are presented relating to the use of these scales non-medical health workers, selected preference scales and opportunities for further education in the field.

Key words

Evaluating scale, nursing, care, quality, consciousness.

Východiska řešení problematiky

Hodnotící a měřící škály by měly tvořit nezbytnou součást ošetrovatelské dokumentace, neboť jejich hlavním úkolem je přesně definovat předmět pozorování a způsob hodnocení tj. skórování vybraných projevů. Jejich aplikace do klinické praxe má význam zejména v první fázi ošetrovatelského procesu tzv. posouzení. Na podkladě zjištěných informací lze identifikovat, objektivizovat a dokumentovat problémy související s ošetrovatelskou péčí, které mají pozitivní dopad na zkvalitnění individualizované ošetrovatelské péče (Boriková, 2003, s. 11-13). Používání většiny hodnotících a měřících škál je relativně jednoduché, ale má-li být výsledek objektivní, je třeba, aby profesionál, který bude s danou škálou pracovat, byl řádně proškolen.

Prostřednictvím hodnotících a měřících škál mohou zdravotníci jednak hodnotit vývoj zdravotního stavu v určitých časových odstupech u konkrétního pacienta anebo mají také možnost porovnávat pacienty se stejnou diagnózou.

Ačkoliv v zahraničí pracují sestry/porodní asistentky s hodnotícími a měřícími škálami již několik desítek let, tak v České republice dochází k jejich častějšímu využívání až po roce 1990. Vzhledem k tomu, že většina nejčastěji používaných škál pochází ze zahraničí, musely být přizpůsobeny naším podmínkám (např. překlad, respektování kulturní rozdílnosti).

V současnosti existuje celá řada hodnotících a měřících technik zasahujících do různých oblastí života jedince jako je např. oblast výživy, soběstačnosti, kognitivních funkcí, vnímání, kožní integrity, polykání, atd.

Počet využívaných hodnotících a měřících škál při vykonávání ošetrovatelské praxe závisí na celé řadě faktorů např. na standardech daného oddělení či kliniky, edukaci sester v dané oblasti, ochotě profesionálů se škálami pracovat, kontrolních mechanismech ze strany nadřízených.

Analýza problematiky

Cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda respondentky využívají hodnotící a měřící škály při výkonu ošetrovatelské praxe. V dílčích cílech jsme analyzovaly nejčastěji používané hodnotící a měřící škály. Dalším cílem bylo zjistit zda sestry/porodní asistentky uvádějí, že danou škálu znají, ji dovedou přesně specifikovat. Posledním cílem bylo zjistit, zda respondentky mají zájem být dále edukovány v problematice hodnotících a měřících škál.

Soubor

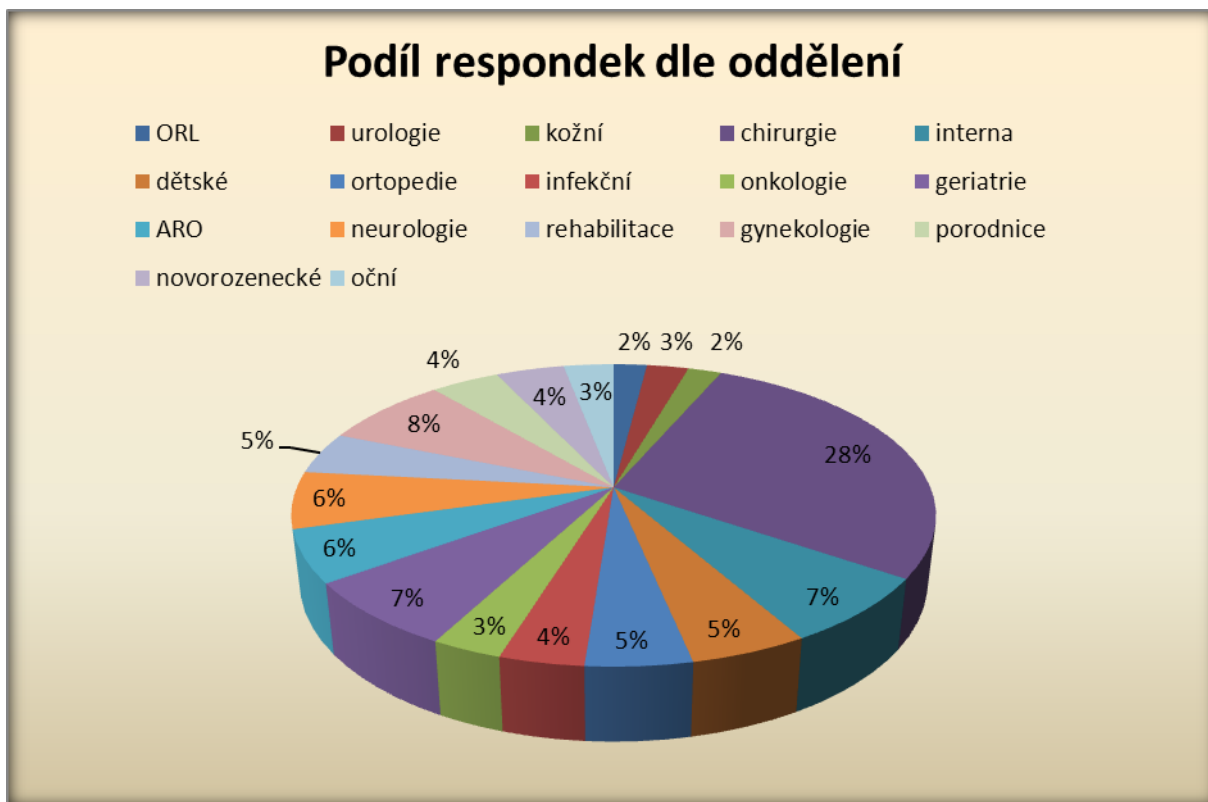
Rozdáno bylo celkem 250 dotazníků všeobecným sestrám a porodním asistentkám, návratnost byla 200 dotazníků, přičemž 5 bylo pro neúplnost vyřazeno. Celkem tedy bylo zpracováno 195 dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo na přelomu měsíce srpna a září 2011.

Metody

K získání informací jsme vytvořily dotazník čítající 11 položek, který byl rozdán sestrám/porodním asistentkám, jež působí v různých zdravotnických zařízeních v Pardubickém kraji. Výsledná data jsou vyhodnocována relativní četností či testem nezávislosti Chí-kvadrát při hladině významnosti 0,05 a znázorněna v grafech.

Výsledky

Výzkumného šetření se zúčastnilo 195 sester/porodních asistentek ze 17 typů oddělení, přičemž 111 (56,9%) bylo z chirurgických typů oddělení a 84 (43,1%) z interních typů oddělení. Přesné rozložení sester pracujících na jednotlivých odděleních zobrazuje Obr. 1.

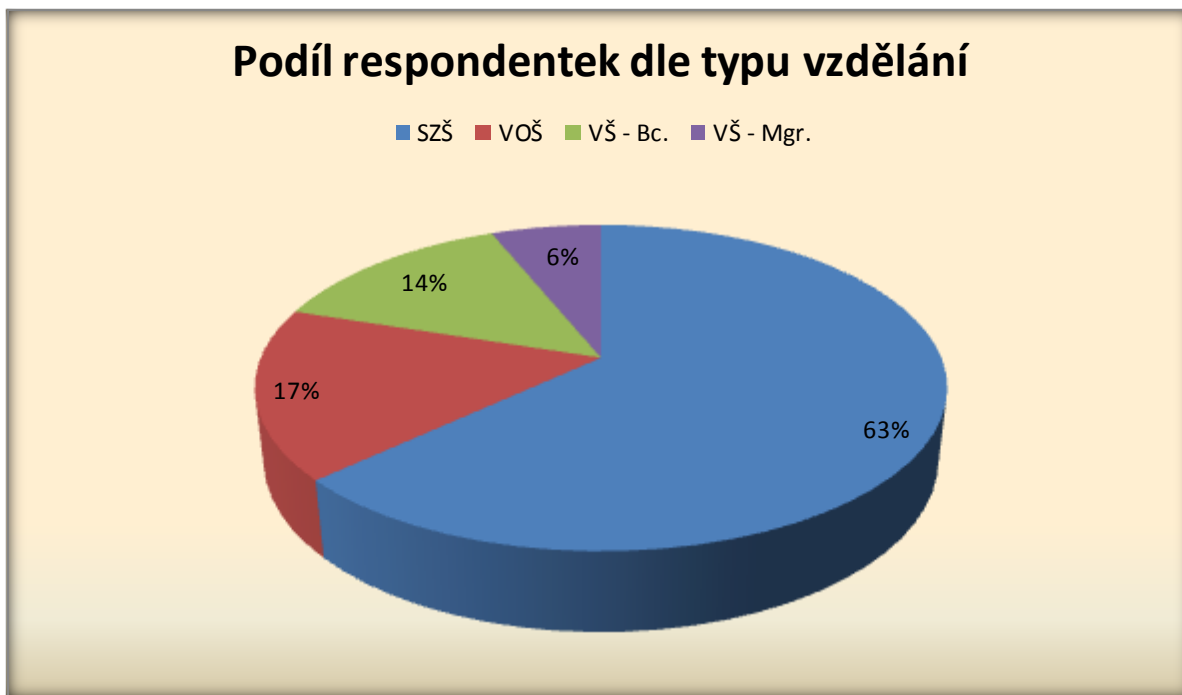


Obr. 1 Graf - podíl respondek dle typu oddělení, na němž pracují

Průměrná délka ošetrovatelské praxe u všech dotazovaných respondentů činila 11 let a 3 měsíce (medián 8), přičemž maximální délka praxe byla 40 let a minimální délka praxe 0,5 roku.

Z dotazovaných respondentů mělo jako nejvyšší dosažené vzdělání 123 (63%) respondentů na střední zdravotnické škole, 33 (17%) na vyšší odborné škole zdravotnické, 27 (14%) bakalářský stupeň zdravotnického vzdělání a 12 (6%) magisterský stupeň vzdělání (Obr. 2).

Ve sledovaném souboru bylo 42 (21%) respondentek s ukončeným specializačním studiem ve zdravotnictví, přičemž nejvíce zastoupena byla specializace Anestézie, resuscitace a intenzivní péče 14 (33,3%).



Obr. 2 Graf - podíl respondentek dle nejvyššího dosaženého vzdělání

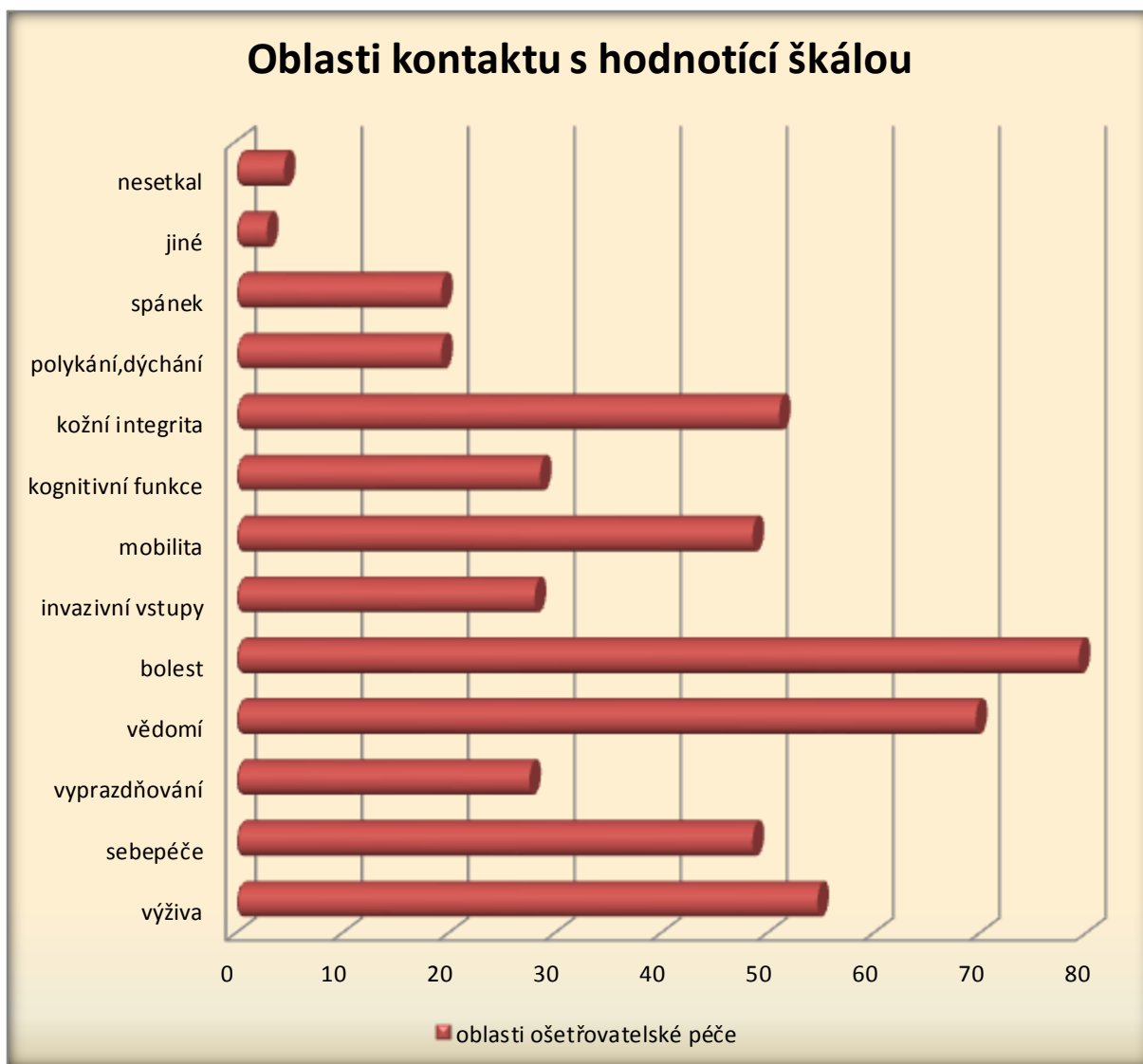
Z oslovených respondentů jich s hodnotícími a měřícími škálami pracuje 114 (58,5%). Průměrný počet používaných škál je 1,5 (medián 2), maximální počet byl 5 škál, minimální počet 0.

Níže uvedená Tab. 1 znázorňuje, jaký počet hodnotících a měřících škál si respondenti myslí, že znají s počtem škál, které skutečně dovedou specifikovat.

Tab. č.1 Počet škál, které respondentky dovedou specifikovat

Odpovědi respondentů	Počet škál, které respondenti dovedou specifikovat						
	0	1	2	3	4	5	Σ
Počet škál, které si myslí, že znají ↓							
0	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
1	57,14%	33,33%	0,00%	9,52%	0,00%	0,00%	100,00%
2	40,00%	35,00%	20,00%	5,00%	0,00%	0,00%	100,00%
3	33,33%	25,93%	25,93%	14,81%	0,00%	0,00%	100,00%
4	33,33%	25,00%	29,17%	8,33%	4,17%	0,00%	100,00%
5	50,00%	15,38%	11,54%	19,23%	0,00%	3,85%	100,00%
6	40,91%	4,55%	22,73%	13,64%	0,00%	18,18%	100,00%
7	52,63%	15,79%	0,00%	10,53%	10,53%	10,53%	100,00%
8	36,36%	27,27%	18,18%	0,00%	9,09%	9,09%	100,00%
9	0,00%	33,33%	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%	100,00%
10	50,00%	33,33%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	100,00%
11	0,00%	36,36%	45,45%	9,09%	9,09%	0,00%	100,00%
12	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Σ	41,54%	23,08%	17,44%	10,77%	3,08%	4,10%	100,00%

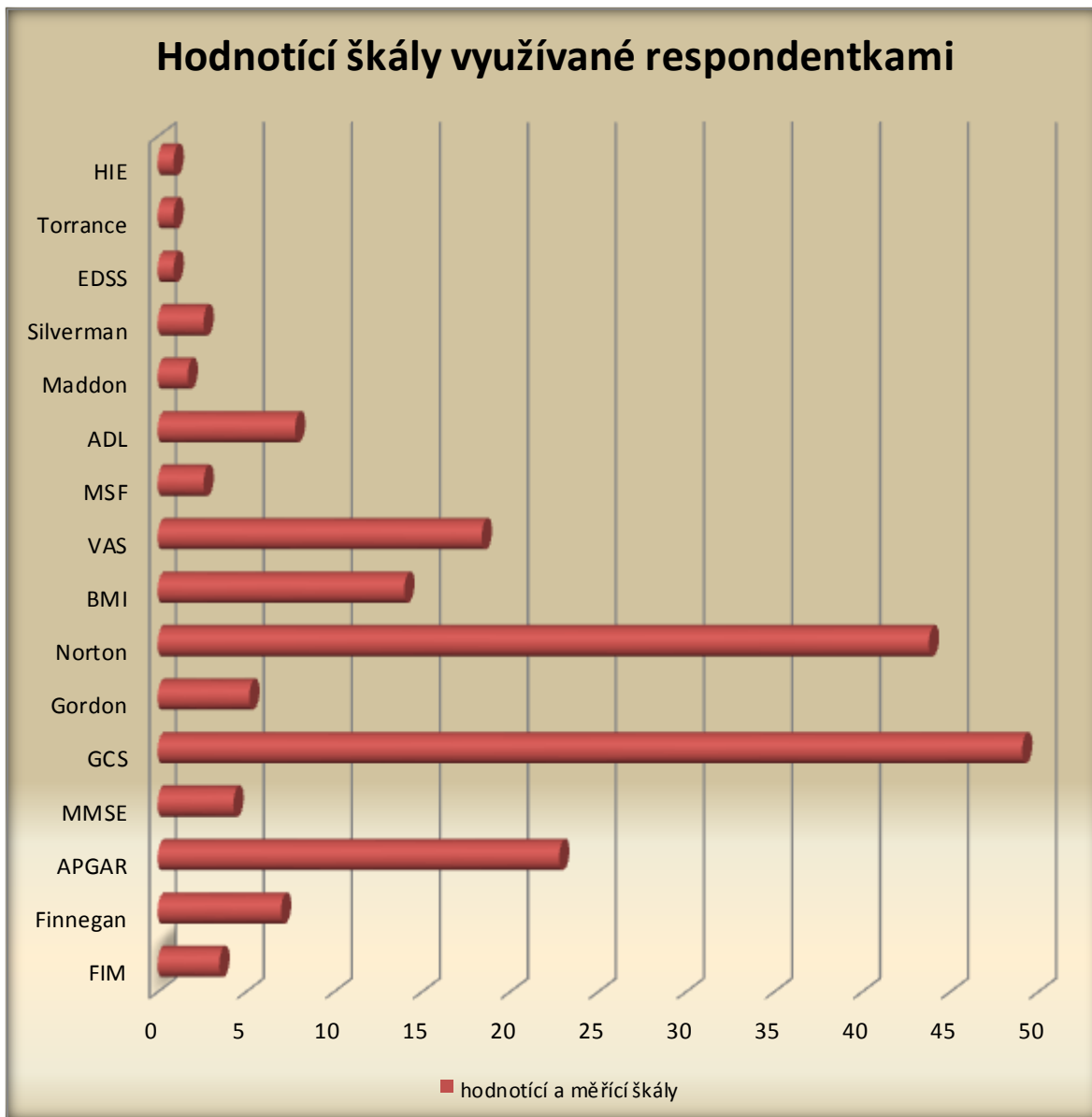
Nejčastější oblasti kontaktu respondentek s hodnotícími a měřícími škálami při vykonávání ošetrovatelské péče znázorňuje Obr. 3. Z výsledků je patrné, že se respondentky setkaly s hodnotícími a měřícími škálami nejvíce v oblastech vnímání - vědomí 154 (79,4%), vnímání – bolest 136 (69,7%), výživa 107 (54,8%), kožní integrita 100 (51,2%), mobilita 95 (48,7%) kožní integrita 100 (51,2%) sebedpěče a mobilita 95 (po 48,7%).



Obr. 3 Graf – Oblast kontaktu s hodnotící a měřící škálou

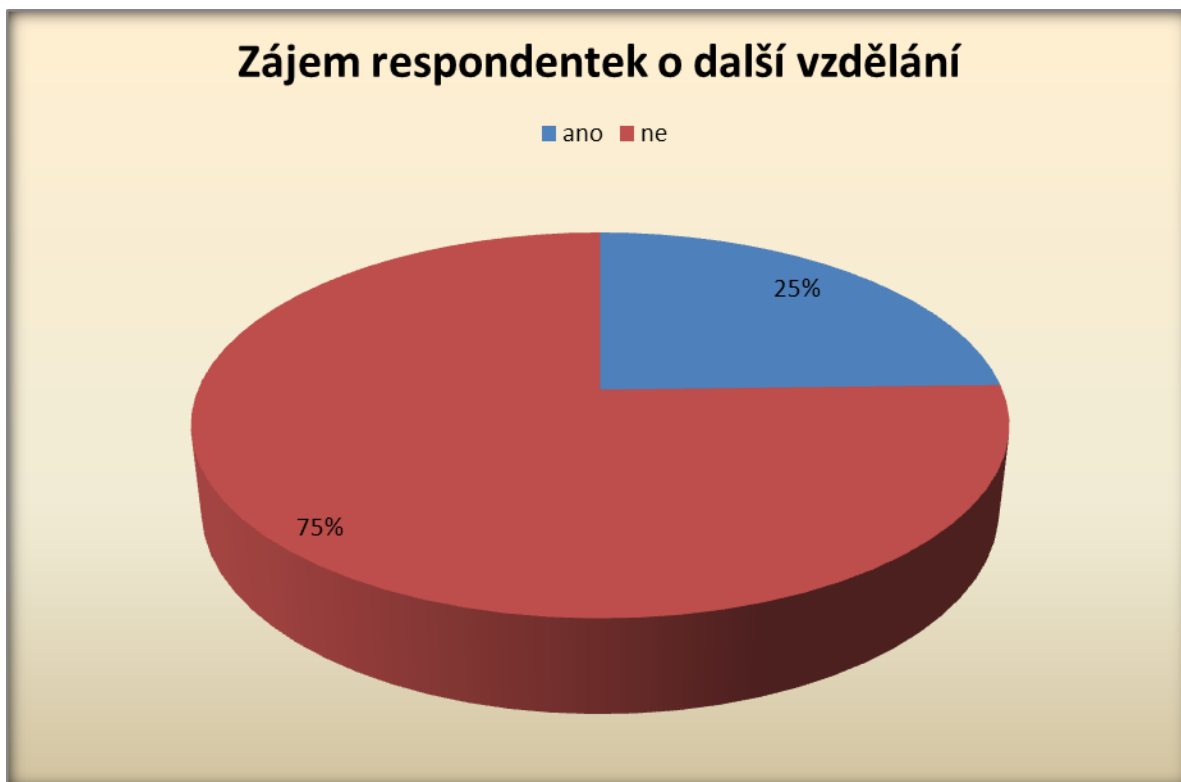
Z výsledků šetření (Obr. 4) vyplývá, že nejčastěji používanou hodnotící či měřící škálou je Glasgow coma scale - GCS 98 (49,1%), Nortonová 85 (43,8%), Apgar skóre 45 (22,8%), vizuální analogová škála (VAS) - 17 (8,4%), Body mass index - BMI 27 (14%), Barthelův test základních všedních činností - ADL 15 (7,8%). Ostatní škály jsou využívány již podstatně méně. Zatímco některé škály jako VAS, GCS, BMI jsou využívány napříč sestrami/porodními asistentkami z různých typů oddělení, naopak např. Apgar skóre, Finnegan skóre, Mini-

mental test (MMSE) jsou využívány pouze na specifických odděleních (Agar, Finnegan, Silverman - porodní sál, novorozenecké oddělení), MMSE - geriatricie či psychiatrie).



Obr. 4 Graf – nejčastěji využívané hodnotící a měřicí škály

Následující Obr. 5 zobrazuje názor respondentek na jejich případné další vzdělávání v problematice hodnotících a měřících škál. Z výsledků je patrné, že $\frac{3}{4}$ respondentek nemá zájem se dále vzdělávat v problematice hodnotících a měřících škál.



Obr. 5 Graf – zájem o další vzdělávání v oblasti

Diskuse

Všeobecné sestry i porodní asistentky by měly zvládnout pracovat se základními hodnotícími a měřícími škálami užívanými v naší ošetrovatelské praxi. Jedná se především o ty nástroje, které jsou využitelné širokého spektra klientů/pacientů, neboť jejich význam a důležitost, jak již bylo uvedeno v teoretické části příspěvku, má pozitivní vliv na kvalitu péče o klienty/pacienty. Z výsledků průzkumného šetření jasně vyplývá, že pouze 114 (58,5%) respondentek dotazníkového šetření používá při své práci alespoň jednu hodnotící škálu. Mezi tři nejčastěji používané hodnotící škály patří Glasgow coma scale hodnotící vědomí, Nortonové škála na hodnocení rizika vzniku dekubitů a skóre dle Apgarové posuzující hodnotící stav novorozenců. Naše výsledky se přibližují i např. údajům o nejčastěji užívaných škálách na Slovensku, kde v publikaci „*Ošetrovatelstvo vo vnútorném lekárstve*“ autorky uvádí, že mezi nejčastěji používané škály patří škály hodnotící vědomí, psychické funkce, fyziologické funkce, bolest, výživu, atd. (Boriková, 2003, s. 13). Z výsledků je též patrné, že sestry či porodní asistentky udávají, že znají více škál, než jsou ve skutečnosti schopny specifikovat. Bohužel více jak 146 (75%) respondentek nemá zájem se nadále vzdělávat v této problematice, ačkoliv jsou si vědomy, že využívání těchto hodnotících nástrojů pozitivně ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Závěr

Na závěr bychom chtěly konstatovat, že i když práce s hodnotícími a měřícími škálami patří mezi autonomní funkce sester a porodních asistentek, tak si budeme muset ještě nějaký čas počkat, než se s tímto faktem ztotožní všechny sestry a porodní asistentky. A to alespoň do té

míry, že každá bude využívat v své práci alespoň jednu škálu, přičemž ta bude přispívat ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče konkrétnímu klientovi/pacientovi.

Doporučení pro praxi

Domníváme se, že současný vzdělávací systém na VŠ ve studijních oborech Ošetrovatelství a Porodní asistence si je tohoto faktu vědom a studenti jsou již v průběhu studia motivováni k tomu, aby v rámci ošetrovatelských praxí při práci s ošetrovatelskou dokumentací s těmito škálami pracovali.

Literatura

BORIKOVÁ, I.; FÚROVÁ, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meriace škály v ošetrovateľskej praxi. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľstvo vo vnútorném lekárstve*. 1. vyd. Martin : JLF UK, 2003. s. 11-13. ISBN 80-88866-28-6.

Adresy autorů

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D., Mgr. Markéta Moravcová
Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
Pardubice 532 10
magda.talianova@upce.cz; marketa.moravcova@upce.cz

Mgr. Martina Jedlinská
Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice
Katedra ošetrovatelství
Průmyslová 395
Pardubice 532 10
martina.jedlinska@upce.cz

KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV S PSORIÁZOU

Viera Tereková¹, Ľudmila Kubicová¹, Magda Ozogányová²

¹Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

²Univerzitná nemocnica Ružinov v Bratislave

Abstrakt

Východisko: Psoriáza predstavuje v celosvetovom meradle vážny zdravotnícky a sociálny problém. Vo veľkej miere ovplyvňuje kvalitu života u pacientov s psoriázou.

Súbor a metódy: Dotazníkovou metódou sme oslovili 400 respondentov, do vyhodnotenia bolo zaradených 388 pacientov s diagnózou psoriasis vulgaris, z toho 200 mužov a 188 žien.

Výsledky: Vyhodnotenie odpovedí preukázalo významné ovplyvnenie kvality života u pacientov oboch pohlaví s psoriázou v pracovných aktivitách ako aj v medziľudských vzťahoch.

Zistili sme, že psoriáza významne a výraznejšie ovplyvňuje pracovné aktivity a medziľudské vzťahy u žien ako u mužov.

Záver: Hodnotenie závažnosti psoriázy musí obsahovať tak zložky fyzickej ako aj psychosociálnej závažnosti. Hodnotenie percent postihnutia povrchu tela psoriázou, PASI zohľadňujú len fyzické ťažkosti, a preto by každé vyšetrenie pacienta malo obsahovať ešte vyšetrenie na psychosociálne postihnutie chorého či už cieľeným rozhovorom alebo dotazníkom.

Preukázali to aj naše výsledky vyhodnotenia súboru chorých, sú prítomné obmedzenia denných a pracovných aktivít, narušenie medziľudských a sociálnych vzťahov. Zistili sme vysoké riziko vplyvu psoriázy tak na fyzické ako aj psychosociálne funkcie u pacientov.

Kľúčové slová

Psoriáza. Kvalita života. Ošetrovateľstvo. Bio-psycho-sociálne potreby.

QUALITY OF PATIENTS LIFE WITH PSORIASA

Abstract

Background: Psoriasis is a serious worldwide health and social problem. Largely affects the quality of life in patients with psoriasis.

Patients and methods: questionnaire method we contacted 400 respondents were included in the evaluation of 388 patients diagnosed with psoriasis vulgaris, of which 200 men and 188 women.

Results: Evaluation of the responses showed a significant influence quality of life in patients with psoriasis of both sexes in work activities as well as interpersonal relations.

We found that psoriasis significantly affects a significant business activities and interpersonal relationships in both sexes

Conclusion: Assessment of severity of psoriasis must include the components of physical and psychosocial severity. Evaluation of percent body surface area psoriasis involvement, PASI consider only physical difficulties, and therefore each patient examination should include examination yet of psychosocial disability, whether targeted patient interview or questionnaire.

Showed that the results of our evaluation of a set of ill present limitations and daily work activities, disruption of interpersonal and social relationships. We found a high risk of psoriasis and the impact on physical and psychosocial function in patients.

Keywords

Psoriasis. Quality of Life. Nursing. Bio-psycho-social needs.

ÚVOD

Psoriáza patrí medzi najčastejšie kožné choroby. Neohrozuje život pacientov, však výrazne ho obmedzuje, vplýva na psychiku, rodinný a spoločenský život. Zasahuje človeka nielen po telesnej a psychickej stránke, ale je hlavným problémom v existencii s ľuďmi v spoločnosti, ktorých sa táto choroba netýka.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť sa ako plánovaná a organizovaná činnosť realizuje metódou ošetrovateľského procesu, ktorý umožňuje stanoviť zameranie a štruktúru poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti tak, aby zodpovedala zdravotným potrebám jedinca, rodiny a spoločnosti. Táto starostlivosť identifikuje aktuálne a potenciálne zdravotné problémy, stanovuje priority ošetrovateľstva a definuje špecifickú zodpovednosť a autonómiu sestier pri jej poskytovaní (Farkašová a kol., 2001).

Viditeľnosť prejavov psoriázy a ich neestetický vzhľad zapríčiňujú veľa vnútorných a vonkajších konfliktov, ktoré spôsobujú chorým permanentný stres, ktorý spolu s genetickými vlohami pre psoriázu vedie k rozvoju a udržiavaniu viditeľných zmien choroby. To podporuje chronicitu choroby a vplýva na kvalitu života pacientov, na uspokojovanie jeho biologických, psychických a sociálnych potrieb. Úlohou sestry je zastaviť alebo aspoň zmierniť pokles kvality života komplexným terapeutickým a ošetrovateľským manažmentom.

Psoriáza patrí medzi psychodermatózy. Spoluúčasť psycho – sociálnych faktorov a etické problémy sa pri tejto chorobe považujú za podstatné, zároveň sa zdôrazňuje význam psychosociálne orientovaných liečebných postupov (Baštecký a kol., 1993). Psoriáza svojimi patofyziologickými procesmi vplýva na emocionálny stav pacienta, čo sa odráža v jeho psychike, ktorá je zaťažovaná pocitmi menejcennosti, depresiou z neoprávnených obáv osôb z možného prenosu psoriázy, čo výrazne ovplyvňuje kvalitu života.

Cieľavedomé skúmanie vplyvu psoriázy na kvalitu života prispieva nielen k detailnému poznaniu vplyvu choroby na každodenný život pacienta, ale aj k presadzovaniu vyváženého rozdeľovania zdravotníckych zdrojov na čo poukazujú aj ciele tejto štúdie.

Súbor a metódy

Súbor respondentov tvorilo 388 náhodne vybraných pacientov s psoriázou, ktorí boli na kúpeľnej liečbe v Prírodných liečebných kúpeľoch Smrdáky – súbor 1 a pacienti s psoriázou ambulantne liečení v Liečebnom centre pre psoriázu Tomesa v Bratislave – súbor 2. Z celkového počtu opýtaných respondentov bolo 200 mužov a 188 žien. Vekové rozpätie respondentov bolo od 11 do 80 rokov. Pri rozdelení súboru podľa vekových dekád najviac respondentov bolo vo veku 41 – 50 rokov (30,41 %), vo veku 51 – 60 (28,35 %), v dekádach 61 – 70 (11,86 %), 71 – 80 (2,58 %), vo veku 11 – 20 (4,64 %), 21 – 30 (10,82%), 31 – 40 (11,34 %).

Najvyššie zastúpenie v súbore tvorili pacienti so stredoškolským vzdelaním (61,86 %), nasledovali chorí s vysokoškolským vzdelaním (24,74 %), s vyšším vzdelaním (9,79 %) a so základným vzdelaním (3,61 %). Najpočetnejšiu skupinu tvorili v súbore ženatí (57,73 %), potom slobodní (24,74 %), rozvedení (13,4 %) a osamotení (4,12 %). Najčastejšie boli rozvedení v skupine 31 – 40 rokov (muži až 33,33 % z dekády, zatiaľ čo ženy iba 6,25 %), potom v rokoch 41 – 50 je vysoká rozvodovosť u oboch pohlaví (16,66 % / 20,69 %), nasleduje dekáda 51 – 60 rokov s dominanciou u žien (20,69 %), u mužov (7,41 %). V dekáde 21 – 30 rokov je rozvodovosť s 14,29 % zhodne u mužov aj žien.

Na získanie údajov sme použili anonymný dotazník, ktorý pozostával z 20 otázok. Bol zostavený tak, aby mal respondent možnosť výberu z troch a viac možností a zohľadňoval potrebu získať informácie: o ovplyvnení jeho sociálneho života, o vplyve na pracovné aktivity, medziľudské vzťahy a o vplyve na vzťahy spoločnosti ku chorým s psoriázou. Údaje boli vyhodnotené v absolútnych a pomerných číslach (%). Hodnotil sa výskyt znakov medzi pohlaviami v jednotlivých oblastiach pôsobenia choroby. Na porovnanie hodnôt kvantitatívnej premennej v dvoch výberoch sme použili 2-stranný výberový Studentov t-test. Všetky testy sa hodnotili na hladine významnosti alfa (p) = 0,05. Použil sa štatistický softvér SPSS 15,0 Windows, štatistického oddelenia SZU Bratislava, Limbová 12. Analýza zistených údajov poslúžila k vypracovaniu záverov pre prax.

Výsledky a diskusia

V čase začatia výskumu nebol na Slovensku schválený jednotný dotazník. Dotazník bol zostavený tak, aby poskytol údaje o troch základných oblastiach zodpovedajúcich bio-psycho-sociálnej podstate človeka. Rapp a kol. (1999) zistili, že psoriáza vplyva na kvalitu života porovnateľne s rakovinou, artritídou, srdcovo-cievnyimi chorobami, diabetom a depresiou. To potvrdili aj publikácie Choi, J., a Kooj, Y (2003).

Súbor pacientov bol získaný na základe dodržania základných etických podmienok. Bol dobrovoľný so súhlasom respondentov, pri vyplňovaní nebol ovplyvňovaný žiadnou inou osobou.

Analýza súboru podľa pohlavia, veku, stavu, vzdelania, zamestnania, bydliska, miery postihnutia, vzniku choroby umožnila podrobnejšie poznať zloženie súboru a sledovať vzájomné vzťahy v súbore.

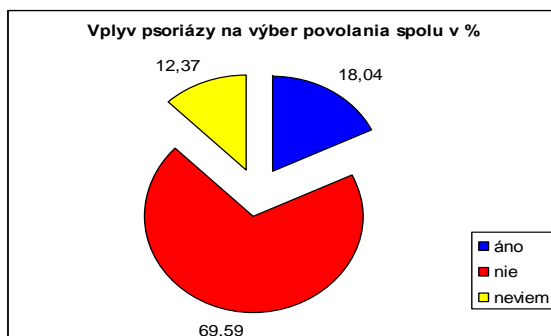
Východisková hypotéza:

Predpokladáme, že psoriáza vo významnej miere negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacientov s psoriázou.

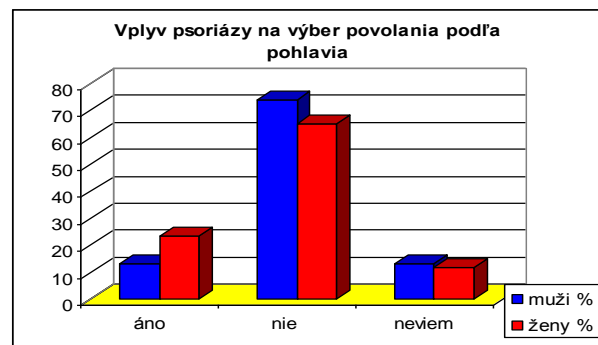
Pracovná hypotéza 1:

Psoriáza významne ovplyvňuje pracovné aktivity pacientov, výraznejšie žien ako mužov.

Vplyv psoriázy na výber povolania uviedlo 18,04 % opýtaných. Žiadny vplyv na výber povolania uviedlo 69,59 % a neviem 12,37 % zo súboru. Ženy štatisticky významne pociťujú obmedzenie pri výbere povolania ($p = 0,006$) (graf 1, graf 2).

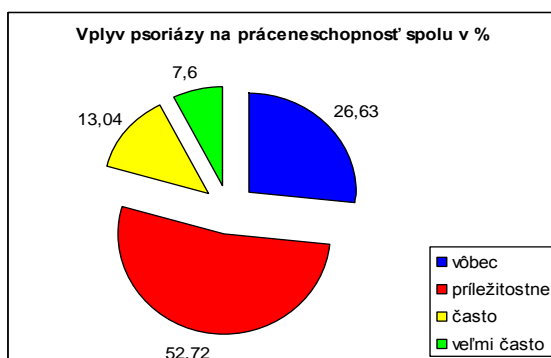


Graf 1 Vplyv psoriázy na výber povolania spolu

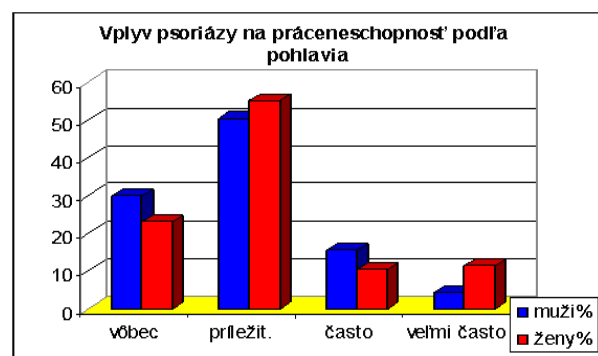


Graf 2 Vplyv psoriázy na výber povolania podľa pohlavia

Psoriáza podľa údajov chorých nespôsobilá práceneschopnosť 26,63 % respondentov, príležitostná práceneschopnosť bola zaznamenaná u 52,72 %, často práceneschopných bývalo 13,04 % a veľmi často práceneschopní boli 7,6 % chorých. Ženy sú štatisticky významne častejšie práceneschopné ($p = 0,015$) (graf 3, graf 4).



Graf 3 Vplyv psoriázy na práceneschopnosť spolu



Graf 4 Vplyv psoriázy na práceneschopnosť podľa pohlavia

Predpokladáme, že práceneschopnosť žien je podmienená aj častejším postihnutím pohybového systému. Z problémov v práci v dôsledku choroby zníženie sústredenia uviedlo 32,06 % opýtaných, zníženú pozornosť označilo 25 % a zníženú vytrvalosť 17,39 % chorých. Nezistil sa štatisticky významný rozdiel medzi pohlaviami.

Psoriáza neovplyvnila životnú kariéru u 70,65 % opýtaných. Mierne ovplyvnenie označilo 14,67 %, ovplyvnenie veľmi uviedlo 12,5 % a zásadne 2,17 % chorých z celého súboru. Nezistil sa štatisticky významný rozdiel medzi pohlaviami. Zistenia odhalili, že psoriáza vplývala na životnú kariéru každého tretieho pacienta a každého ôsmeho veľmi až zásadne.

Jednou z dôležitých sociálnych istôt je možnosť získať zamestnanie. Pacienti sú pre viditeľnosť prejavov handicapovaní svojou chorobou. Výskumom sa zistilo, že až 12,2 % opýtaných malo negatívnu skúsenosť so získaním povolania. Do zamestnania pre psoriázu neprijali ma uviedlo 4,12 % mužov a 9,19 % žien. Rozdiel je štatisticky významný u žien v porovnaní s mužmi, psoriáza častejšie ovplyvnila získanie zamestnania ($p = 0,002$) (graf 5).



Graf 5 Vplyv psoriázy na získanie zamestnania podľa pohlavia

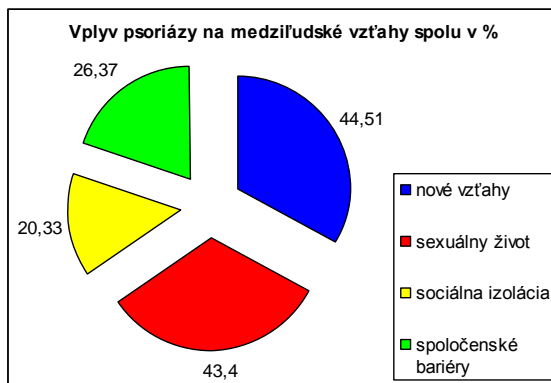
Na osobnostné vlastnosti, pracovné aj denné aktivity nesporne vplýva aj pretrvávanie prejavov choroby. V našom súbore malo až 58,76% chorých prejavy stále. V nám dostupnej odbornej literatúre sme sa nedozvedeli, že by boli skúmané tieto vzťahy medzi psoriázou a pracovnými problémami. Výsledky vplyvu na sústredenie, pozornosť a vytrvalosť sú v spojitosti s fyzickým a psychickým zdravím, poruchami spánku a ďalšími. Fetisovová a kol., (2005) uvádzajú, že ženy s psoriázou majú výraznejší pocit diskriminácie okolím ako muži.

Pracovná hypotéza 2:

Psoriáza ovplyvňuje medziľudské vzťahy, významnejšie u žien ako mužov.

Človek je približne polovicu života v spoločnosti s ľuďmi. Medziľudské vzťahy sú budované na základoch vzájomnej dôvery o neohrození, či už fyzickom alebo duševnom. Psoriáza vzbudujúca obavy ohrozenia u ľudí prichádzajúcich do kontaktu s chorým, ako aj neestetický pohľad na chorobné ložiská môže byť prameňom narušenia týchto vzťahov v rôznej intenzite. Prejavy okolia, ako aj očakávanie negatívnej reakcie môžu zhoršiť ako samotnú psoriázu, tak psychiku pacienta a sociálnu adaptáciu. V tejto časti sme sledovali skúsenosti chorých v tejto oblasti a vplyv okolia na pacientov. Chorí označili svoju chorobu za príčinu problémov v nadviazaní medziľudských vzťahov v 44,51 %. Vplyv psoriázy na sexuálny život chorých uviedlo 43,4 % respondentov. Sociálnu izoláciu a nemožnosť

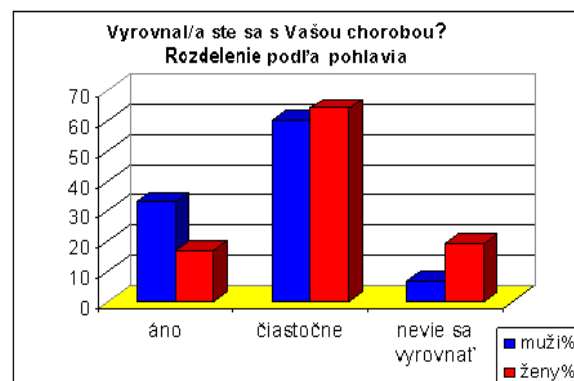
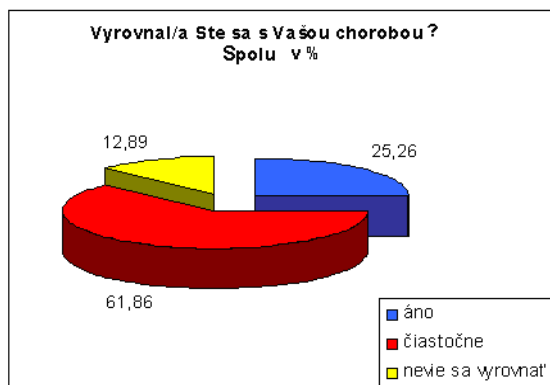
prelomíť spoločenské bariéry uviedlo 20,33 % a 26,37 % chorých. Nezistil sa štatisticky významný rozdiel medzi pohlavím (graf 6).



Graf 6 Vplyv psoriázy na medziľudské vzťahy spolu Graf 7 Nevhodné poznámky k pacientom s psoriázou spolu

Zarážajúce je, že iba polovica opýtaných nepocítila poznámky na svoju chorobu u 54,95 %. Príležitostne zaznamenalo poznámky 28,57 %, často 9,89 % a stále 6,59 % chorých zo súboru. Nezistil sa štatisticky významný rozdiel. Údaje o častom a stálom zažívaní tohto negatívneho javu odpovedajú závažnej forme psoriázy (graf 7).

Na medziľudské vzťahy vplýva aj vyrovnávanie sa s chorobou. V súbore nebolo vyrovnaných s chorobou až 61,86 % opýtaných, štatisticky významne častejšie ženy (graf 8, graf 9).



Graf 8 Vyrovnal/a ste sa z Vašou chorobou?

Graf 9 Vyrovnal/a ste sa s Vašou chorobou? Rozdelenie podľa pohlavia

O negatívnom vplyve na medziľudské vzťahy by mohol nasvedčovať aj vyšší počet slobodných žien a nižší počet vydatých.

Cox a kol., (2002) uviedli, že chorí s psoriázou majú často porušené hodnotenie telového imidžu a sebahodnotenia, ktoré vedie k sociálnej izolácii a osamelosti.

Gordos (2004) v publikácii Survey shows emotional impact of psoriasis uvádza, že iba 8 % respondentov malo skúsenosť so sociálnym pochopením, 67 % pocíťovalo ignoráciu, 64 % obavy z infekčnosti, 56 % znechutenie a 45 % bolo objektom posmechu. Naše údaje sú porovnateľné s týmito literárnymi odkazmi.

Gelfand a kol., (2005) na základe rozsiahleho materiálu v USA uvádzajú, že si treba uvedomiť, že všetky formy psoriázy bez rozdielu veku či rasy významne ovplyvňujú medziľudské vzťahy a kvalitu života.

Záver a odporúčania

Hodnotenie závažnosti psoriázy musí obsahovať zložky fyzickej závažnosti, ako psychosociálnej závažnosti. Hodnotenie percent postihnutia povrchu tela psoriázou, PASI zohľadňujú len fyzické ťažkosti a preto by každé vyšetrenie pacienta s psoriázou malo obsahovať ešte vyšetrenie na psychosociálne postihnutie chorého, či už cieleným rozhovorom alebo dotazníkom. Spojením týchto dvoch vyšetrení sa dá komplexnejšie určiť miera skutočnej závažnosti psoriázy.

Preto ak sa hodnotí vplyv psoriázy na pacienta nesmieme zabudnúť aj na ohodnotenie z hľadiska vplyvu na kvalitu života. Táto je v mnohých situáciách dôležitejšia a rozhodujúcejšia ako fyzické symptómy, najmä z hľadiska uplatnenia v každodennom živote. Každý pacient je jedinečný a u väčšiny ako preukázali výsledky výskumu hodnotenia súboru chorých, sú prítomné obmedzenia denných a pracovných aktivít, narušenie medziľudských a sociálnych vzťahov. Zistilo sa vysoké riziko vplyvu psoriázy na psychosociálne funkcie u pacientov. Zistené údaje by mali byť východiskom pre zmenu v prístupe liečby tohto chronického ochorenia. Okrem liečby fyzických symptómov bude potrebné liečbu doplniť edukačnými aktivitami v starostlivosti o zdravie chorých s psoriázou. Vyhodnotenia výskumu môžu poslúžiť k vytvoreniu si obrazu o komplexnom vplyve psoriázy na život chorých. Stanovenie rizika týchto porúch umožní včasnú intervenciu, čo môže významne podporiť liečbu a návrat pacienta do plnohodnotného života. Mnohé problémy medziľudských vzťahov by sa dali riešiť kvalitnou edukáciou pacientov, ale aj spoločnosti. Bude potrebné získať priestor v tlači, rozhlase a televízii s cieľom oboznámiť verejnosť o psoriáze, jej príčinách, neprenosnosti a neinfekčnosti, výchove k tolerancii. Vytvoriť webovú stránku na internete, organizovanie vhodných komunitných sedení, vyškoliť sestry špecialistky, ktoré by v liečebných centrách mohli dopĺňať starostlivosť o psychosociálne problémy pacientov a aktívne pracovať v Kluboch pre psoriázu.

Psychosociálne ohodnotenie je rozhodujúce v sesterskom assesmente. Sestry pracujúce v komunitných sedeniach, alebo individuálnych lekciiach majú osobitné postavenie v zaradení psychosociálnych problémov do plánu starostlivosti. Navrhnutý sesterský plán starostlivosti, cez určenie charakteristík problémov, cez sesterské intervencie vedie k pozitívnej odpovedi. Preto by sa mal zaviesť do praxe zjednodušený dotazník na zistenie negatívnych vplyvov psoriázy u každého chorého.

Psoriáza vo významnej miere od 35,87 % po 11,95 % ovplyvňuje pracovné aktivity, pracovnú kariéru, výber povolania. Každý ôsmy pacient označil diskrimináciu pri snahe získať zamestnanie.

Ochorenie výrazne ovplyvňuje aj medziľudské vzťahy od obmedzenia spoločenského života po sociálnu izoláciu. Psoriáza významne ovplyvňuje obe pohlavia. Intenzívnejšie vnímanie svojej choroby u žien by mohlo vysvetliť aj vyšší počet slobodných žien v danom súbore.

Sestra sa môže podieľať metódou cieleného rozhovoru alebo dotazníkom na diagnostike porúch fyzického a psychického zdravia, tak lekárovi ušetriť čas na diagnostiku ďalších pacientov.

Kvalifikovanými otázkami môže stanoviť poruchy v jednotlivých oblastiach nielen psychických zmien a porušených sociálnych vzťahov.

Vhodným assesmentom zdravotnej starostlivosti môže ovplyvňovať negatívne vplyvy psoriázy, zlepšiť proces liečenia a resocializácie pacienta.

Odbornou špecificky zameranou edukáciou môže byť užitočná v procese liečby chorobných prejavov a vo vytváraní správnych medziľudských vzťahov a vzťahov v rodine.

Každý klient túži po sebarealizácii, nájdení zmyslu svojho života. Tento druh potrieb ľudí sa navzájom odlišuje. Neuspokojenie týchto potrieb sa môže u človeka prejaviť ako apatia, nuda, strata odvahy, nenávisť, sebeckto (Mačkinová, 2011, s. 154).

V závere môžeme konštatovať, že nielen všetky spomínané faktory majú vplyv na kvalitu života pacienta, ale vzhľadom na to, že pacient zotrúva počas liečby určité obdobie v zdravotníckom zariadení je potrebné myslieť na to, ako popisuje Rybárová (2010, s. 1): „Na pacientov nepriaznivo vplýva zvýšený ruch okolo nich, nervozita zdravotníckych pracovníkov a zaobchádzanie s ostatnými pacientmi. Z toho hľadiska je potrebné myslieť aj na etické požiadavky a správanie sa zdravotníckych pracovníkov k pacientom.“

LITERATÚRA

- [1] BAŠTECKÝ, J. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha : Grada Avicenum 1993, 368 s. ISBN 80-331-013-5
- [2] COX, H. C. et al. 2002. Philadelphia, F. A. Daviss, In *Clinical application of nursing diagnosis: Adult, child, womens psychiatric, gerontic and home health considerations*. (4th ed.) 2002, 298 s. ISBN 0803609132
- [3] FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2001. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vydanie Martin, Osveta 2001, 134 s. ISBN 80-8063-086-0
- [4] FETISOVOVÁ, Ž. a kol. 2005. *Kvalita života psoriatickov*. [online]. [citované 03.07.2008]. Dostupné na internete: <http://.spae.sk/helios2005-3htm>
- [5] GELFAND, J. M. et al. 2005. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom. In *Arch. Dermatol.*, 141, 2005, s. 1537-1541
- [6] GORDOS, D. 2004. *Survey shows emotional impact of psoriasis. (Psoriasis update)*, *Dermatology Nursing*, 2004, 16, 3, s. 280
- [7] CHOI, J., KOO, J. Y. 2003. Quality of life issues in psoriasis. In *J. Am. Acad. Dermatol.*, 49, 2003, 2 suppl, s. 57-61
- [8] MAČKINOVÁ, M. 2011. *Aktivita denného života seniorov*. Životný program. Bratislava: SZU, 2011. 141 s. ISBN 978-80-89352-55-5
- [9] RAPP, S. R. et al. 1999. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. In: *J. Am. Acad. of Dermatol.*, 41, 1999, 3, s. 401-407

[10]RYBÁROVÁ, Z. 2010. Chirurgický pacient v perianestetickom období. *In: II. celoštátna konferencia s medzinárodnou účasťou: Komplexná zdravotná starostlivosť o chirurgického pacienta*, Brusno kúpele, 18.-19.11.2010 [Zborník prednášok a prezentácií a abstraktov]. 2010. s. 6

Adresa pre korešpondenciu

PhDr. Viera Tereková, PhD., doc. PhDr. Ľudmila Kubicová, PhD.

Slovenská zdravotnícka univerzita

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Limbová 14

833 03 Bratislava

Slovensko

e-mail: viera.terekova@szu.sk

ludmila.kubicova@szu.sk

PhDr. Magda Ozogányová, PhD.

Univerzitná nemocnica Ružinov

Ružinovská 6

821 01 Bratislava

Slovensko

e-mail: ozoganyova@ruzinov.fns

SESTRA V OČÍCH VEŘEJNOSTI

Irena Točíková¹, Alžběta Janečková²

¹VŠPJ, katedra zdravotnických studií, ²PL Havlíčkův Brod

Abstrakt

Práce je zaměřena na náhled veřejnosti na povolání zdravotní sestry. Nejprve je zmíněn pohled na historii ošetřovatelství, dále náplň práce zdravotních sester, jejich osobnost a schopnost komunikace s pacientem. V neposlední řadě se práce zaměřujeme na image zdravotní sestry a vliv médií na toto povolání. V praktické části se zabýváme pohledem veřejnosti na toto povolání, a zda je ovlivněno médii.

Klíčová slova

Zdravotní sestra, vzdělávání, historie, komunikace, image, veřejnost.

PUBLIC'S VIEW OF NURSES

Abstract

This thesis deals with the profession of nurse. The theoretical part will concentrate on the history of nursing, charge nurses work, their personalities, as well as communication between nurse and patient, education of nurses and finally describes the image of nurses and the influence of media on the profession. The practical part deals with the public views of this profession and if it is influenced by the media.

Key words

Nurse, education, history, communication, image, public.

Úvod a cíl práce

Práce si kladla za cíl zjistit, jak veřejnost vnímá zdravotní sestru, co si o ní myslí, jak je tato profese vnímána a do jaké míry jsou lidé ovlivněni médii nebo televizními seriály z prostředí nemocnice. Zda má vliv vizáže zdravotní sestry na hodnocení pacientem. Zajímalo nás, jak se veřejnost dívá na módní doplňky mladých sester v podobě tetování, piercingu a dredů, které se dle našeho názoru nehodí do nemocničního prostředí a vzbuzují u pacientů pocit jisté nedůvěry.

Cíle práce:

Zjistit, jaké je postavení zdravotní sestry ve společnosti a jak na její povolání veřejnost nahlíží, které faktory ovlivňující pohled veřejnosti na povolání zdravotní sestry.

Východiska řešení problematiky

Postavení zdravotních sester v historii

Povolání zdravotní sestry prošlo ve 20. století velkými změnami, na kterých mají zásluhu obě světové války a především rozvoj medicíny.

Již od dob Florence Nightingalové se po sestrách požaduje, aby byly lidské, empatické, laskavé, uměly naslouchat a komunikovat. V 19. a 20. století byla zdravotní péče na celém světě ovlivněna Nightingalovou. Její osoba je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství. Stanovila systém ošetrovatelství a povýšila prestiž tohoto povolání. Činnost opatrovnickou změnila na profesní činnost ošetrovatelskou.

Ošetrovatelství je povoláním, které se musí studovat celý život a neustále v něm propojovat teoretické i praktické znalosti, dovednosti a etiku, protože pacient potřebuje, aby byla ošetrovatelka vnímavá. Florence Nightingalová podporovala vzdělávání sester a byla i zakladatelkou prvních ošetrovatelských škol. Pouze vzdělaná sestra byla pro péči o pacienty přínosem.

Na počátku padesátých let 20. století byly na některých odděleních v nemocnici ještě sestry řádové, které byly obětavé, laskavé a trpělivé k nemocným. V této době se začali zabývat významní lékaři etickou výbavou sestry. Ti věděli, že sestra je významnou součástí pro kvalitní a zodpovědnou práci a přemýšleli nad osobnostním profilem sestry.

V období socialismu patřilo postavení zdravotní sestry k uznávaným profesím. Postupem času i toto povolání získalo vážnost a sestry se staly nepostradatelnou pomocnicí lékařů. Větších kompetencí se sestry dočkaly za rozvoje medicíny, ale zároveň po nich byly žádány vyšší nároky na vzdělání a profil jejich osobnosti (Kutnohorská, 2010).

Povolání zdravotní sestry

Práce zdravotní sestry patří mezi náročná povolání jak z hlediska odborné přípravy, tak i určitého profesionálního výkonu. Člověk, který je nemocný, je hlavním objektem pracovníka ve zdravotnictví. V povolání zdravotníka se klade velký důraz na správnou komunikaci a jednání s klientem. Očekává se, že zdravotnický pracovník bude ve svém povolání zvládat odbornou činnost na vysoké úrovni i práci s technikou, kterou přinesla moderní doba, snese i tělesnou zátěž, ovlivní a správně nasměruje jednání nemocného člověka, soustředí se na administrativu a řeší i problémy pracovního a osobního života. S tímto vším se musí vypořádat i v třísměnném provozu, často na velmi odborném pracovišti (Zacharová, 2007).

Zdravotní sestra se už od střední školy učí, jak se má starat o pacienty, ale péče sama o sebe je ponechána na každé sestře. Jde o péči o svůj vzhled, životní styl a patří sem i péče o svůj duševní i tělesný život (Křivohlavý, 2010).

Při poskytování zdravotní péče nese každý zdravotnický pracovník odpovědnost za pacienta, tedy pouze za jeho zdravotní stav a bezpečnost ošetrovaného pacienta, ne za chování a jednání pacienta, pokud je svéprávný (Vondráček, 2009).

Osobnost zdravotní sestry

Každá sestra by pro výkon povolání měla mít určité osobnostní rysy. Měla by být vnímavá, aby dokázala rozpoznat všechny změny zdravotního stavu i nálady pacienta. Činnosti, které při svém povolání vykonává, vyžadují přesnost a soustředěnost, jako např. podávání léků. Měla by si cvičit paměť, neboť se v práci denně setkává s velkým množstvím informací od lékařů, dalších sester a pacientů, které potřebuje k výkonu své práce. Zdravotní sestra je nucena sama a rychle řešit situace, které vyžadují neodkladné rozhodnutí, např. když nemocný přestane dýchat.

Vlastnosti, které zdravotní sestra potřebuje k výkonu svého povolání, jsou mimo jiné rozvážnost, čestnost, trpělivost a také pravdomluvnost. Ve výčtu vlastností zdravotní sestry by neměl chybět také optimismus. Její náročná práce, kdy je pod neustálým psychickým vypětím z řady důvodů, vyžaduje dívat se a posuzovat skutečnosti z té lepší stránky. Teprve potom je sestra schopna při ošetrovatelské péči okolo sebe šířit důvěru v ošetrovatelský personál a dodávat nemocným naději ve zlepšení zdravotního stavu a uzdravení (Rozsypalová, 2002).

Trpělivost, vstřícnost a tolerance jsou vlastnosti, které by zdravotní sestře neměly chybět. Při kontaktu s nemocným člověkem musí počítat s tím, že jeho chování může být ovlivněno bolestí, strachem, nejistotou a proto s námi nemusí chtít komunikovat, je podrážděný a aktivně se nezapojuje do léčby. Také kontakt s rodinnými příslušníky nemusí být vždy bezproblémový. Ti mohou být netrpěliví, neklidní atd., protože se bojí o zdravotní stav svých blízkých. Sestra musí být i přesto k těmto lidem laskavá, taktní, zdrženlivá a trpělivá.

Pro budoucí povolání musí být sestra řádně připravena teoreticky, projít průpravou v oblasti komunikačních dovedností a také musí zvládat praktické dovednosti. Teoretické i praktické základy sestra získává na zdravotnické škole a na praxi v nemocnici. Tyto základní znalosti si do budoucna rozšiřuje dalším vzděláváním a sledováním nových poznatků, aby byla její práce opravdu kvalitní (Rozsypalová, 2002).

Vlivem velkého psychického vypětí zdravotní sestry a nedostatkem vhodného odpočinku se může u sester rozvinout syndrom vyhoření, neboli „burn out“, což je následek dlouhotrvající psychické zátěže. Při tomto psychickém vytížení chybí jakákoliv motivace a chuť do života, člověku se zdá být bezcenná jeho práce, nevidí v ničem žádný smysl (Knoblauch, 2006).

Syndrom vyhoření se projevuje hlavně v psychice postiženého a hlavně u těch, kteří mají v hlavní části pracovní náplně práci s lidmi. Mezi první varovné příznaky patří pocit zdravotníka, že svou práci nezvládá, působí nervózně, je nespokojený a podrážděný, může mít poruchy spánku, bolesti hlavy, břicha a váhový úbytek nebo příbytek (Venglářová, 2011).

Pracovní oděv zdravotní sestry

Se změnami postavení a práce sester v historii se měnil i jejich pracovní oděv - uniforma, a kompletně také vizáž sestry. Sestry zpočátku nosily řádový oděv a v očích pacientů to byly "svaté" ženy. Právě vizáž sestry je to, co hodnotí pacienti někdy velmi kriticky. Všimají si nejen oděvu, ale také vlasů, rukou, obuvi a vůně nebo zápachu.

Zdravotní sestra musí při své práci používat ochranný pracovní oděv. Na rozdíl od minulosti, kdy byly předepsány pro sesterské povolání stejnokroje, je v dnešní době velký výběr

pracovních oděvů, které mohou být bílé nebo mají světlé odstíny pastelových barev. Každá sestra musí dbát na to, aby byl její oděv vždy čistý, vyžehlený. Oděv jí chrání nejen před infekcí, ale i připívá k jejímu dobrému vzhledu. K důležité výbavě pracovního oděvu sestry patří vizitka se jménem, připevněná na přední straně oděvu. Důležitost označení zdravotníka jménem je umocněna právem pacienta informaci o jménech členů ošetrovatelského týmu. Nedílnou součástí pracovního oděvu je vhodná obuv, nejlépe bílé barvy, která musí být pohodlná. Sestra by neměla být naboso, není to hygienické ani estetické, vhodné jsou bílé ponožky, méně vhodné podkolenky.

K požadovanému vzhledu zdravotní sestry přispívá i úprava jejích vlasů. Krátké musí být vhodně sestřižené a dlouhé sepnuté. Dříve nosily sestry čepce, dnes už nejsou základní součástí pracovního oděvu. Na operačních sálech se nosí operační čepice, jako prevence přenosu infekce (Rozsypalová, 2002).

Image zdravotní sestry

Jak uvádějí Škrlovi (2003), pokud slovo image vztahujeme na sestru, dělíme ji na image interní a externí. Interní je posuzování sestry sama sebe a svého povolání. Externí image zdravotní sestry posuzuje veřejnost a masmédiá. Tisk, rozhlas a televize patří mezi masová média, která velice ovlivňují názory, postoje i chování lidí

V současné době máme možnost sledovat na televizní obrazovce různé seriály a filmy z nemocničního prostředí, které se ovšem obvykle liší v pojetí tohoto povolání. V některých seriálech a filmech je zdravotní sestra prezentována jako spolupracovnice lékaře, žena, která se s velkým nasazením stará o pacienty, je empatická a profesionální, zkrátka taková, jaká má být. Bohužel, je ale stále více seriálů a filmů, ve kterých sestra vystupuje v šatech s délkou vysoko nad kolena, místo pracovní obuvi má bílé lodičky, stále se jen chichotá, pomlouvá s dalšími sestrami oddělení nebo celou nemocnici u nápojového automatu a toto vše na úkor péče o pacienty (Mikuláščík, 2003).

Hlavním faktorem, který přímo nebo nepřímo ovlivňuje image sester je komunikace, proto je pro každou sestru důležité umět efektivně komunikovat. Ale nejde jen o verbální komunikaci, u které je důležitá jasná artikulace a tón hlasu, ale musí se dbát na jasné a srozumitelné pokyny a informace, které pacient vyžaduje a musí je znát (Škrlovi, 2003).

Špatný dojem na první pohled udělá nedbalé oblečení, například nevyžehlené šaty, dále neupravené vlasy, chůze a gestikulace zdravotní sestry, která musí být ve všech ohledech profesionální. Ale pokud má sestra k pacientovi empatický přístup, je laskavá, usměje se, podá pacientovi ruku, aby mu dokázala, že v boji se svou nemocí není sám, potom pacient vnímá spíše tyto její kladné vlastnosti a nehledí na nevyžehlený pracovní oděv nebo neupravené vlasy. Důležitá je i ochota zdravotní sestry, umění naslouchat a to nejen sluchem, ale hlavně srdcem, což znamená vnímat i to, co pacient zrovna neříká.

I když pacient není právě představa milého člověka, zdravotní sestra by se měla zachovat jako profesionálka a ne řídit se svými pocity. Neprofesionální chování zdravotní sestry znamená, ve většině případů, nezdravé sebevědomí, nebo sebedůvěra a víra ve svou profesi, která může být nespravedlivě finančně odměňována nebo se zdravotní sestra setkává s nevděkem ze strany pacientů či managementu (Škrlovi, 2003).

Strategie pro zlepšení image zdravotních sester

Zdravotní sestry by měly změnit pohled na svou profesi a na sebe samu. Vzhledem k tomu, že je veřejnost ovlivňována masmédií, které uvádějí mnohem více seriálů a filmů z nemocničního prostředí, je třeba, aby sestry na toto negativní představení jejich profese reagovaly a zlepšovaly tím image tohoto povolání.

Musíme si uvědomit, že:

- každá sestra nese odpovědnost za zlepšení image své profese, která v tuto dobu je velkým problémem;
- v profesních organizacích je potřeba posílit účast zdravotních sester a tyto organizace by se měly aktivně angažovat v revizi učebnic pro zdravotní sestry;
- zdravotní sestry by měly vystupovat tak, aby jejich chování budilo respekt a odráželo jejich zdravou sebedůvěru;
- zdravotní sestry nemohou čekat na to, až jejich společenský význam uznají politici, proto si musí udržovat nejvyšší možný standard a pacienti i jejich okolí musí vnímat a znát hodnotu ošetrovatelské profese;
- sestry by se měly stále více zapojovat do publikačních činností, psát články do odborných časopisů, ale hlavně také do časopisů pro širokou veřejnost;
- sestry by se měly pořádat různé akce a semináře pro veřejnost např. v „Den ošetrovatelství“, tím by se více zviditelnily, vstoupily do podvědomí veřejnosti a touto mimopracovní aktivitou by získaly i důležitější místo ve společnosti (Škrlovi, 2003).

Analýza problematiky, metoda a výsledky výzkumu

Průzkum probíhal sběrem dat formou dotazníku. Dotazník obsahoval 20 otázek, které se týkaly názoru veřejnosti na povolání zdravotní sestry a na její osobnost, a také do jaké míry jsou lidé ovlivněni televizními seriály z prostředí nemocnice.

V dotazníku byly použity otázky polootevřené s možností výběru odpovědí. Dotazník byl rozdán mužům a ženám s přibližným věkovým průměrem okolo 37 let. Téměř polovinu respondentů tvořili lidé se středoškolským vzděláním. Další rozvržení respondentů dle vzdělání – viz *tabulka číslo 1*. Z celkového počtu respondentů, jen 10 % dotazovaných nebylo nikdy hospitalizováno.

V průzkumu bylo pracováno s celkem 100 dotazníky, z čehož bylo 50 mužů a 50 žen. Stejně zastoupení mužů a žen bylo voleno z důvodu otázky, zda jsou ve vnímání povolání a osobnosti sestry, rozdíly. Průzkum probíhal od ledna do konce března roku 2011 po předchozím předvýzkumu.

Vyhodnocování a zpracování odpovědí na otázky jsou pro přehlednost znázorněny v tabulkách a grafech. V každé tabulce je uvedena absolutní četnost (n) a relativní četnost (%).

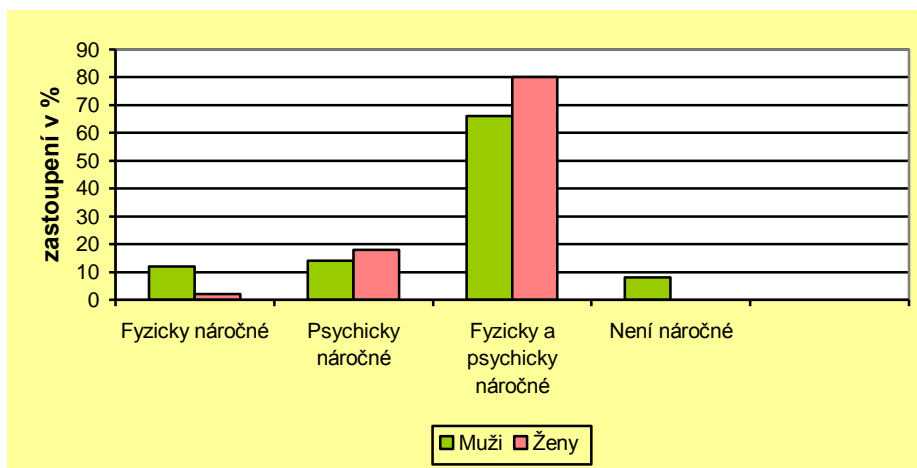
Tabulka č. 1: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Základní	1	2	6	12
Vyučen/a	8	16	12	24
Vyučen/a s maturitou	16	32	3	6
Středoškolské	8	16	21	42
Vyšší odborné	3	6	2	4
Vysokoškolské	14	28	6	12
Celkem	50	100	50	100

Respondenti odpovídali na dotaz, zda je práce zdravotní sestry náročná. Více jak 70 % odpovídajících uvedlo, že práce sestry je psychicky i fyzicky náročná. Názory mužů a žen se významně neliší. Pouze čtyři respondenti uvedli, že práce sestry je nenáročná. Může se jednat o malou část respondentů, kteří nebyli hospitalizováni nebo se s prací zdravotní sestry setkali pouze v ambulantním provozu. (viz tabulka č. 2, graf č. 1)

Tabulka č. 2 - Náročnost povolání zdravotní sestry

Náročnost povolání zdravotní sestry	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Fyzicky náročné	6	12	1	2
Psychicky náročné	7	14	9	18
Fyzicky a psych. náročné	33	66	40	80
Není náročné	4	8	0	0
Celkem	50	100	50	100



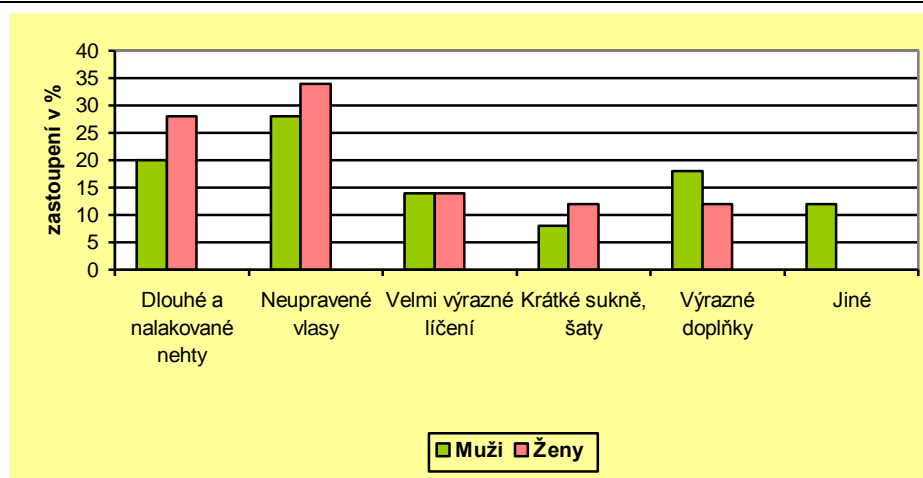
Graf č. 1 - Náročnost povolání zdravotních sester

Dotazy, které se týkaly vnější úpravy sester, se zaměřily zejména na úpravu nehtů, vlasů, oděvu a líčení. Třetina dotazovaných poukazuje na neupravené a dlouhé vlasy sester. Dlouhé a nalakované nehty vadí 25 % respondentů. Dalšími nedostatky ve vzhledu sester, na které poukazují respondenti, jsou výrazné doplňky a přehnané líčení. Nejméně respondentů (10 %) negativně hodnotí krátké sukně (viz tabulka č. 3 a graf č. 2).

Volnou odpovědí uvedlo 6 mužů, že jim na vzhledu zdravotních sester nevádí vůbec nic. Úprava sestry je velice důležitá z hlediska estetického, etického a také z pohledu důvěry, důvěry v práci sestry i ostatních členů týmu na pracovišti.

Tabulka č. 3 - Faktory, které vadí veřejnosti nejvíce na vzhledu zdravotních sester

Co vadí na vzhledu sester	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Dlouhé a nalakované nehty	10	20	14	28
Neupravené vlasy	14	28	17	34
Velmi výrazné líčení	7	14	7	14
Krátké sukně, šaty	4	8	6	12
Výrazné doplňky	9	18	6	12
Jiné	6	12	0	0
Celkem	50	100	50	100



Graf č. 2 - Faktory, které vadí veřejnosti nejvíce na vzhledu zdravotních sester

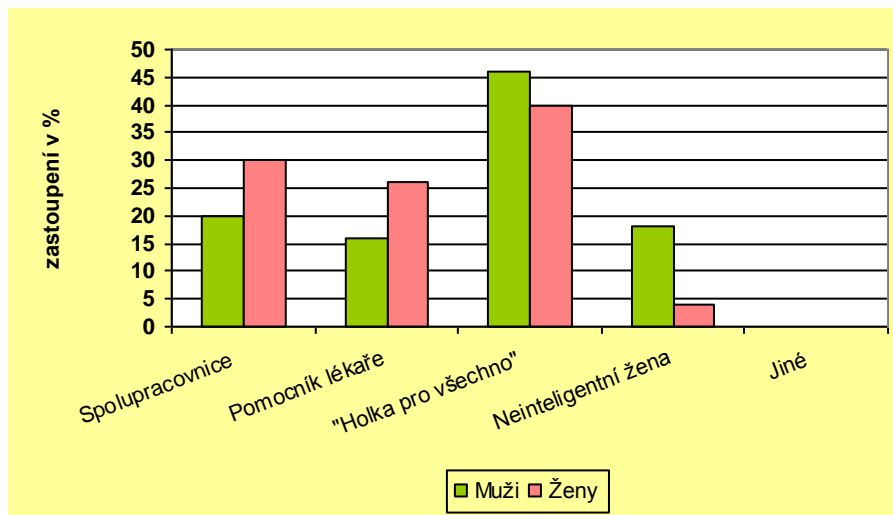
V posledních letech nabízejí téměř všechny televizní stanice seriály a filmy ze zdravotnického prostředí. Na dotaz, zda respondenti sledují takové filmy a seriály, odpovědělo kladně 61 % respondentů. Mezi odpovědi mužů a žen, nebyl výrazný rozdíl. Seriály z nemocničního prostředí jsou v posledních letech lákadlem pro velkou řadu diváků, proto uvedené odpovědi nejsou překvapením.

Na otázku, zda si respondenti myslí, že seriály z nemocničního prostředí ovlivňují pohled veřejnosti na sestry, připouští 66 % respondentů, že ano. Dotazovaní připouští, že je veřejnost ovlivněna chováním sester v seriálech.

Co si veřejnost myslí o prezentování zdravotní sestry v seriálech nebo filmech z nemocničního prostředí, uvedli respondenti v nabídnutých odpovědích. Dotazovaní uváděli nejvíce odpovědi (43 %) u označení zdravotní sestry v těchto seriálech jako „holka pro všechno“. Jako spolupracovníka lékaře ji vidí 25 % dotazovaných. Nejméně odpovědi tj. 11 %, zvolilo, že je zdravotní sestra v těchto seriálech prezentována jako spíše neinteligentní žena. Bohužel v seriálech nejsou sestry ukázány v nejlepším světle, řeší v práci řadu osobních a vztahových problémů nebo poměr s lékaři. Často se jedná téměř o degradaci sesterského povolání v očích veřejnosti (viz tabulka č. 4, graf č. 5).

Tabulka č. 4 - *Prezentování zdravotní sestry v seriálech/filmech z nemocničního prostředí*

Pohled na sestru v seriálech	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Jako spolupracovník lékaře	10	20	15	30
Jako pomocník lékaře	8	16	13	26
Jako "holka pro všechno"	23	46	20	40
Jako spíše neinteligentní žena	9	18	2	4
Jiné	0	0	0	0
Celkem	50	100	50	100



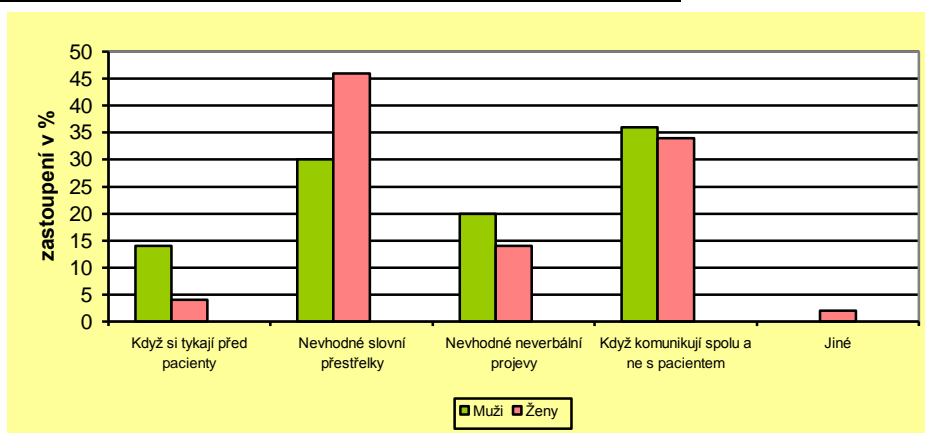
Graf č. 3 - *Prezentování zdravotní sestry v seriálech/filmech z nemocničního prostředí*

Pacient pozorně vnímá komunikaci sester mezi sebou nebo komunikaci s lékaři. Pokud sestra na pokoji před pacientem řeší své soukromé záležitosti nebo nevhodně a komentuje práci ostatních členů týmu, jedná velmi nesprávně a neprofesionálně. Nemocný čeká slova podpory, útěchy a rady a místo nich musí někdy vyslechnout nekolegiální komentáře práce jiných pracovníků.

Na otázku, která se týkala vhodnosti komunikace sester, uvedli respondenti, že jim nejvíce vadí nevhodné slovní přestřelky (38 %) a komunikace sestry s lékařem, kdy je opomíjen pacient (25 %). Sestry a lékaři někdy nad pacientem komunikují „o jeho případu“, a zapominají, že pacient je partner.

Tabulka č. 5 - *Nevhodné chování mezi sestrou a lékařem z pohledu veřejnosti*

Nevhodné chování mezi sestrou a lékařem	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Když si tykají před pacienty	7	14	2	4
Nevhodné slovní přestřelky	15	30	23	46
Nevhodné neverbální projevy	10	20	7	14
Když komunikují spolu a ne s pac.	18	36	17	34
Jiné	0	0	1	2
Celkem	50	100	50	100



Graf č. 4 - *Nevhodné chování mezi sestrou a lékařem z pohledu veřejnosti*

Doporučení pro praxi

Navrhujeme několik opatření, která by mohla být nápomocná ke zvýšení prestiže povolání zdravotní sestry:

- zdravotní sestry by měly být hrdé na svoji profesi, měly by mít na paměti doporučenou úpravu vlasů nehtů, uniformy a čisté obuvi s ponožkami;
- první dojem, který si pacient udělá při setkání se zdravotními sestrami je velmi důležitý, na to musí sestry myslet;
- zvýšit spokojenost zdravotních sester jen pouhou pochvalou za dobře odvedenou práci nebo materiálními a finančními benefity;
- pokud budou sestry reprezentovat svoji profesi důstojně, budou sestrami profesionálkami, nebude veřejnost tolik ovlivněna seriály.

Závěr

Zdravotní sestra je nejdůležitějším člověkem pro pacienta, který se dostane do nemocnice, je s ním v nejtěžších chvílích, v okamžiku, kdy potřebuje poradit, podpořit nebo si jen promluvit. Lékař napíše ordinaci, ale zdravotní sestra je ta osoba, která plní tyto ordinace a je s nemocným člověkem po dobu, než ho propustí.

Aby se prestiž povolání zdravotní sestry zvýšila, měly by být zdravotní sestry trpělivé, vstřícné a laskavé, měly by provádět svou práci s radostí a hrdostí. Ke zvýšení image přispívá zvýšení odbornosti sester. Sestra, která je vzdělaná nejen v klinické oblasti, ale také v oblasti komunikace, nebo např. managementu je nepostradatelná na oddělení a tímto se i zviditelní.

Seznam použité literatury

- [1] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. 2004. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: IDVZP, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
- [2] HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 166 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [3] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Slovak Edition, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [4] KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- [5] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- [6] MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- [7] POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-32-71-8.
- [8] ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., 2002. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
- [9] ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., 2006. *Sestry vzpomínají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1603-1.
- [10] ŠKRLOVI, P., M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion. 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [11] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [12] VENGLÁŘOVÁ, M. et al. 2011. *Sestry v nouzi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- [13] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. 2009. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
- [14] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontaktní údaje

Mgr. Irena Točíková

KZS VŠPJ

e-mail: tocikova@vspj.cz

Bc. Alžběta Janečková

PL Havlíčkův Brod

e-mail: Betusinka@seznam.cz

ÚČASŤ SESTIER V EDUKAČNÝCH PROGRAMOCH CHORÝCH S AKÚTNÝMI KORONÁRNÝMI SYNDRÓMAMI

Ivana Tomková¹, Jana Michňová²

¹Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

²OAIM, Nemocnica sv. Michala, Bratislava

Abstrakt

Pre oblasť kardiovaskulárnych chorôb platí, že podstatné zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva môžeme dosiahnuť hlavne preventívnymi opatreniami. Preventívna starostlivosť musí byť neoddeliteľnou súčasťou jednotnej, diferencovanej, modernej liečebno-preventívnej teórie a praxe. V súčasnej etape nazerania na zdravie a chorobu má najvýznamnejšie postavenie pri zaistovaní aktívneho zdravia.

Sestry v prostredí akútnej a kritickej starostlivosti zohrávajú významnú úlohu pre redukovanie rizika koronárnej choroby srdca. Ich pôsobením sa môže zvýšiť pacientove uvedomenie o koronárnej chorobe srdca a nárast jeho motivácie, aby uskutočnil zmeny v spôsobe života a znížil tak vplyv rizík na koronárnu chorobu srdca. Sestry tu dostávajú príležitosť pomôcť svojim pôsobením chorým a prispieť tak k ich prežitiu.

Kľúčové slová

Edukácia, edukačné programy, akútny koronárny syndróm.

PARTICIPATION OF NURSES IN THE EDUCATIONAL PROGRAMS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES

Abstract

In the field of cardiovascular diseases, significant improvement in population health can be achieved mainly through preventive measures. Preventive care must be an integral part of a consistent, differentiated, modern treatment and prevention theory and practice. Current views on health and disease recognize its crucial role in ensuring health.

Acute and critical care nurses play an important role in reducing the risk of coronary heart disease. Their action may increase patients' awareness of coronary heart disease and increase their motivation to make changes in their lifestyle in order to reduce the risk of developing coronary heart disease. Nurses are given the opportunity to help the ill and contribute to their survival.

Key words

Education. Educational programs. Acute coronary syndromes.

Úvod

Sestry sa aktívne zapájajú do aktivít organizovaných sesterskými organizáciami a zaujímajú sa o hodnotenie a zlepšovanie ich každodennej praxe. Kľúčovou úlohou sestier je účasť na aktivitách, ktoré ovplyvňujú kvalitu zdravotnej starostlivosti poskytovanej pacientom, ako sú vzdelávanie pacientov a sestier, ošetrovateľský a interdisciplinárny výskum a zdravotnícky manažment a politika (napr. participovať na návodoch Task force – plniť zvláštne úlohy a byť členmi etických komisií). Predovšetkým v USA možno pozorovať výrazné aktivity sestier, ktoré sa zúčastňujú starostlivosti o chorých v interdisciplinárnych tímoch, v prevencii a vo vzdelávaní chorých s akútnym infarktomyokardu (AIM). Aktivity vychádzajú prevažne z univerzitných pracovísk, kde sestry organizujú a riadia preventívne a podporné programy a výskumy zamerané na chorých s AIM, predovšetkým na najzávažnejšie obdobie v priebehu ochorenia.

Východiská

Sestry zohrávajú významnú úlohu vo vyhľadávaní a podchytení chorých a ich blízkych, ktorí sú ohrození vznikom akútnej koronárnej príhody alebo sa u nich prejavili prvé príznaky. Pokroky v liečbe chorých s AIM, ktoré sa dosahujú v trombolytickej ére, sú síce obrovské, no ešte stále veľa chorých s AIM nemôže dostať včas túto liečbu. Uvedomením si tejto nevyhovujúcej situácie a možnosťami, ktoré majú sestry počas svojej praxe, zapájajú sa aj sestry do mnohých programov. Prostredníctvom nich môžu ovplyvniť túto nežiaducu situáciu. Takým programom je aj National Heart Attack Alert Program, ktorého cieľom je zníženie morbiditu a smrtnosti na AIM za pomoci rýchlej identifikácie a liečby rizikových osôb.

Tradičná úloha sestier spočíva v optimálnom fungovaní ošetrovateľskej starostlivosti, ale dnešná – netradičná úloha sestier v 21. storočí - je v účasti na vedeckých výskumoch a v zavádzaní najnovších poznatkov do praxe (napr. vychádzanie z poznatkov praxe založenej na dôkazoch), ktorá je rozpoznaná a podporovaná profesiou sestry. Starostlivosť o chorých s kardiovaskulárnymi chorobami, predovšetkým s akútnymi koronárnymi syndrómami, si vyžaduje tímovú prácu lekárov-špecialistov, sestier-špecialistiek a mnohých ďalších.

Veľký rozmach vysokoškolského vzdelávania sestier u nás umožňuje pôsobiť sestrám v prevencii ischemickej choroby srdca a vychádzať z rovnakých zásad a odporúčaní, podľa ktorých sa riadia lekári. Sestra ako partnerka lekára musí s ním jednotne postupovať v klinickej práci i v prevencii. Dnes už sestra aktívne vstupuje do ošetrovateľského procesu a zdravotnej starostlivosti. Jednou z jej úloh sa dnes stáva aj účasť na prevencii, a preto musia byť sestry pripravené na aktívnu účasť v realizácii prevencie.

Vzhľadom na podstatne dlhší kontakt s pacientom, ktorý majú sestry, hlavne v nemocnici, v porovnaní s lekármi, môžu sestry každodenne a opakovane viesť pacientov k tomu, že nielen lekári a zdravotníctvo vôbec zodpovedá za zdravie, ale že najmä občan a hlavne chorý, musí byť zodpovedný za prevenciu a aktívny prístup k udržiavaniu svojho zdravia. Sestra tak má možnosť významne ovplyvniť stanovisko pacienta k prevencii, ktorej dodržiavanie zásad môže byť u chorých s ischemickou chorobou srdca prínosom.

Sestry v prostredí akútnej i kritickej starostlivosti zohrávajú významnú úlohu pri redukování rizika koronárnej choroby srdca. Dávajú možnosť spojiť komplexné posúdenie rizika

koronárnej choroby srdca v detailnej anamnéze pacienta a vo fyzikálnom vyšetrení u hospitalizovaných pacientov. Ich pôsobením sa môže zvýšiť pacientove uvedomenie o jeho osobnej náchylnosti na koronárnu chorobu srdca a nárast jeho motivácie, aby uskutočnil zmeny v spôsobe života a znížil tak vplyv rizík na koronárnu chorobu srdca. U chorých s akútnymi koronárnymi syndrómami sestry dostávajú príležitosť pomôcť svojim pôsobením chorým a prispieť tak k ich prežitiu.

Sestry v súčasnosti dostávajú príležitosť sprístupniť pacientom vzdelávanie a rehabilitačné služby ako zdroje na redukciiu rizika a vykonanie plánovaných procesov. Je to možné aj vďaka tomu, že sestry poskytujú starostlivosť pacientom v rôznom prostredí. Sú to nemocnice, kliniky, ambulatná zložka, súkromná lekárska prax, na pracovisku, v komunite a v domácnosti. Ďalšími aktivitami sestier sú napr. kurzy kardiopulmonálnej resuscitácie, aktivity v oblasti podpory zdravia, pôsobenie v zdravotníctve, seniorských centrách, zabezpečovanie skríningu tlaku krvi a cholesterolu. Miesta pôsobenia sestier im dovoľujú usmerňovať názory, vzdelávať, konzultovať s pacientmi, rodinnými príslušníkmi o možných rizikách rozvíjajúceho sa AIM a rizikách časového oneskorenia liečby AIM.

Samotné podporovanie vzdelávania o včasných príznakoch AIM však nezaistí pacientom rozpoznanie a uvedomenie si príznakov, ktoré sú kardiálneho pôvodu a tiež neredukujú časové oneskorenie pri vyžiadaní alebo vyhľadání lekárskej pomoci. Poradné intervencie musia obsahovať

- všeobecné komponenty, zahŕňajú vzdelávanie tak, aby pacienti mohli korektné určiť príznaky AIM,
- komponenty správania sa, pomoc pacientom na rozvoj plánovanej akcie na zvládnutie príznakov AIM a
- emocionálnej komponenty na pomoc pacientom rozvinúť stratégie na afektívne odpovede všeobecne o príznakoch AIM.

Význam edukácie chorých

- Edukácia chorých je integrovanou súčasťou moderného ošetrovateľstva a vzhľadom na neustále sa skracujúci pobyt pacientov v akútnom zdravotníckom zariadení sa stáva omnoho dôležitejšou než kedykoľvek predtým.
- Edukácia sa týka nielen samotného chorého, ale aj rodinných príslušníkov – bez spolupráce s rodinnými príslušníkmi je takmer vždy odsúdená k neúspechu.
- V priebehu edukácie ide o komunikačný proces, ktorý zníži alebo eliminuje úzkosť alebo obavy chorého a podporuje jeho uzdravenie. Cieľom edukácie je podporiť chorého, odovzdať mu potrebné informácie a upraviť jeho chybné predstavy, pomôcť mu pochopiť podstatu problému alebo ochorenie a jeho vlastnú rolu a zodpovednosť v starostlivosti o seba samého.
- Na dosiahnutie efektivity edukácie je potrebné nadviazať medzi pacientom a ošetrovateľským personálom vzťah vzájomnej dôvery. Základom je ničím nepodmienený rešpekt k osobnosti chorého, predovšetkým k tým, ktorí majú obavy, strach a neistotu.

- Pri edukácii je nutné vytvoriť atmosféru, ktorá umožní chorému verbalizovať jeho názor, ktorý bude prijatý, rešpektovaný a podporený, a kde chorého nikto nebude napádať, kritizovať alebo stavať do pozície, v ktorej sa potrebuje brániť.
- Edukácia neznamena len odovzdanie správnych a relevantných informácií. Edukačný proces musí u chorých predovšetkým znížiť pocit beznádeje, podporiť osobnosť chorého a dať chorému právo rozhodovať alebo spolurozhodovať o svojom zdraví. Chorému treba nájsť nový zmysel života, novú cestu. Edukátor podporuje svojho pacienta, vyjadruje dôveru v jeho schopnosti a vieru v to, že získané informácie využije pri kontrole nad svojim zdravím a životom a že zmenu zvládne. Je nutné si uvedomiť, že zmena životného štýlu je ťažká a bolestivá. Chorý musí byť presvedčený, že mu to stojí za to.
- Profesionálna príprava členov zdravotníckeho tímu nesmie byť zameraná iba na biologickú oblasť chorého človeka, ale aj na oblasť psycho-sociálnu.

Formy edukácie

Rozlišujeme dve základné formy edukácie – individuálnu a skupinovú, ktoré sa využívajú v súčasnej praxi. Častejšie sa využíva individuálna forma, skupinová sa využíva zriedkavejšie (predovšetkým však napr. na zvládnutie stresu, na odvykanie fajčenia, na optimalizáciu pohybovej aktivity a pod.).

Výhody individuálnej formy edukácie:

- priamy kontakt s chorým/klientom a individuálny prístup,
- získanie si dôvery chorého/klienta, motivovanie chorého k zmene,
- lepšie rozpoznanie potrieb chorého/klienta (biologických, psychických, sociálnych a duchovných) a
- otvorenejšia komunikácia.

Výhody skupinovej formy edukácie:

- uplatnenie poradenstva u viacerých chorých/klientov súčasne,
- spoločné znaky efektívnosti – rovnaký vzťah k zvolenej téme, spoločný záujem, približne rovnaký vek, možnosť podeliť sa o svoje skúsenosti, etnická štruktúra,
- vytvorenie podmienok na vzájomnú interakciu, spoluprácu, diskusiu, vzájomnú výmenu vedomostí, skúseností, podmienky na aktivity,
- zblíženie sa pri spoločných otázkach, pomoc pri zmene správania, podpora pri riešení problémov a prijímaní rozhodnutí,
- ekonomická výhodnosť – úspora času.

Vzdelávanie zamerané na skupinu vysoko rizikových pacientov

Sestry s rôznou klinickou praxou majú jedinečné miesto vo vzdelávaní pacientov a verejnosti o prejavoch, symptómoch a liečbe AIM. Sestry by mali zamerať svoje vzdelávanie a konzultácie na vysoko rizikových pacientov, a to na pacientov s koronárnou chorobou srdca alebo aterosklerózou aorty, končatinových artérií alebo karotíd. Medzi pacientov

s koronárnou chorobou srdca patria pacienti, ktorí prekonalí AIM alebo pacienti s ischémiou, s koronárnym bypassom, koronárnou angioplastikou alebo po podobných zákrokoch. Tiež by sa mali zamerať na pacientov s periférnym poškodením artérií (aneuryzma brušnej aorty, klinické prejavy ischémie končatín). Ďalšia časť pacientov s rizikom zahŕňa tých, ktorí majú aterosklerózu karotíd (pacienti s tranzitórnou ischémiou mozgu alebo náhlu cievnu mozgovú príhodu).

Vzdelávanie a konzultácie sú indikované aj u pacientov, u ktorých sa dá predpokladať časové oneskorenie. Sú to starší ľudia, ženy, príslušníci menšín, jednotlivci s menším socio-ekonomickým statusom, pacienti s anamnézou angíny pectoris a diabetes mellitus, so zlyhaním srdca alebo prekonaným AIM.

Konzultácie pre pacientov

Už dávnejšie štúdie poukázali na faktory, ktoré vplyvajú na časové oneskorenie pacientov s bolesťou na hrudníku. Napr. už v r. 1994 Reilly a spol. zistili, že viac ako 50 % opýtaných nevedelo rozpoznať príznaky AIM. Schercková (1997) zistila, že telesné prežívanie ťažkostí neprinútilo pacientov prerušiť svoje denné aktivity, pacienti odmietali príznaky AIM uznať za dôležité a aj to, že by sa mohli týkať ich zdravia. Tiež zistila, že pacienti, ktorí spájali príznaky s ochorením srdca, rýchlejšie vyhľadali pomoc a liečbu ako tí, ktorí ich za kardiálne nepovažovali. Tieto výsledky naznačujú sestram, že práve ony musia zistiť, čo si pacienti myslia o prejavoch AIM a objasniť im ich nesprávny názor. U starších pacientov a pacientov s diabetes mellitus si treba uvedomiť, že môžu mať zmenené vnímanie bolesti, alebo nie sú schopní správne popísať diskomfort, tiež môžu mať nejasné príznaky ischémie.

Sestry by mali pacientov informovať o príznakoch AIM, aj o tých, ktoré nie sú pre AIM typické. Podávané informácie by sa mali prispôbiť tomu, ako pacient prežíval príznaky AIM (individuálny prístup podľa prežívania príznakov pacientom). Hoci, všetky príznaky, ktoré sa najčastejšie vyskytujú sú správne, treba chorých upozorniť, že pri ďalšom AIM sa už nemusia rovnako prejavovať a ani sa zopakovať, a môžu byť pozmenené.

Sestry by mali spolu s pacientom posúdiť a prebrať, čo by mal očakávať, ak by sa malo stať niečo „zlé“. Príznaky AIM môžu byť atypické, ale väčšina pacientov zažila bolesť na hrudníku (diskomfort), bolesť ľavej končatiny (ťažoby), sťažené dýchanie, alebo cítili blížiaci sa koniec (smrť). Pacienti s atypickými príznakmi, pacienti s komorbiditou (napr. výskyt diabetes mellitus), starší a etnikum, môžu potrebovať pomoc pri hodnotení príznakov a pri urýchlennom vyžiadaní alebo vyhľadaní lekárskej pomoci. Pacienti a príbuzní tiež potrebujú inštrukcie o emocionálnych problémoch pri AIM. Anxieta, popretie a odmietnutie sú normálnymi reakciami a dali by sa podľa nich predvídať i počiatočné prejavy AIM. Tiež by mali byť pacienti informovaní, že práve tieto reakcie by mohli prispieť k časovému oneskoreniu pri vyžiadaní alebo vyhľadaní pomoci.

Záver

Vo svojom pôsobení by sa mali sestry zamerať na pozitívne aspekty včasného rozpoznania príznakov AIM, včasnej liečby a posilňovať vedomie rýchleho konania pri reakciách na príznaky AIM. Ak pacienti alebo prítomní rýchlo konajú, môžu predísť smrti alebo ireverzibilnému poškodeniu pri AIM. Tiež je potrebné diskutovať s pacientmi a príbuznými

o sociálnych faktoroch, ktoré sa týkajú rozhodovania pri vyhľadani liečby. Hlavne príbuzní by si mali byť vedomí, že oni by mohli byť prvou osobou, s ktorou bude pacient konzultovať svoje ťažkosti, resp. príznaky AIM. Mali by vedieť, že pacienti chcú zvyčajne pripísať svoje ťažkosti nekardiálnej príčine, skúsiť sa liečiť sami, alebo budú odmietat' alebo brániť sa vyžiadať alebo vyhľadať lekársku pomoc. Preto by mali byť prítomní pripravení hovoriť dôrazne a preberať na seba zodpovednosť a byť iniciátormi konania.

Sestry môžu vysvetliť pacientom a príbuzným čo je to AIM a čo ním nie je. Sestra by mala pomôcť pacientovi a príbuzným predvídať ich prvé reakcie, ktoré by mohli minimalizovať dôležitosť príznakov a (alebo) skúsiť popísať činnosti, ktoré by mohli prispieť k nežiaducemu nárastu ich časového oneskorenia pri vyhľadávaní lekárskej pomoci.

Odporúčania pre prax

Je dôležité pomôcť pacientom a príbuzným zaviesť plán na akciu až dotedy, kým sa AIM nepotvrdí v nemocnici (**obrázok 1**). Je dôležité správne určiť jednotlivé kroky, ktoré treba vykonať pri AIM. Pacientom s vysokým rizikom sa odporúča užiť aspirín v dávke viac ako 200 mg (ak pacient nemá alergiu) a užiť nitroglycerín (ak ho mal pacient predpísaný). Ak bolesť neustane do 5 minút, pacient má byť poučený, aby užil druhý nitroglycerín a po ďalších 5 minútach, ak bolesť neustúpi, má užiť tretí nitroglycerín. Pacientovi a príbuzným treba zdôrazniť, že by nemali čakať dlhšie ako 15 minút. Úlohou sestier je, aby prispôsobili plán (postup) individuálnym podmienkam pacienta a brali do úvahy aj také okolnosti, ako napr. že je pacient starý, žije sám, zdržiava sa doma, v práci, nachádza sa na dovolenke, atď.

Literatúra

- [1] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9
- [2] REILLY, A., DRACUP, K., DATTOLO, J. *Factors influencing prehospital delay in patients experiencing chest pain*. Am. J. Crit. Care, 3, 1994, s. 300-306.
- [3] SCHERCK, K.A. *Recognizing a heart attack: the process of determining illness*. Am. J. Crit. Care, 6, 1997, s. 267-273.
- [4] WINGARD, R. Patient Education and the Nursing Process: Meeting the Patient's Needs. *Nephrology Nursing Journal*, 32, 2005, 2, 211-215.

Obrázok 1 Čo robiť, ak máme jeden alebo viac varujúcich príznakov akútneho infarktu myokardu (informácia pre pacienta)

Čo môžete cítiť

- plošná bolesť na hrudníku, diskomfort alebo tlak
- bolesť ľavého pleca alebo diskomfort
- bolesť šíriaca sa do krku a sánky
- skrátené dýchanie
- napätie v žalúdku
- diskomfort v oblasti medzi hrudnou kosťou a pupkom
- pocit strachu
- ďalšie:

Pokyny na liečbu

- užiť Anopyrin tbl.
- nitroglycerín si dať pod jazyk; ak diskomfort pretrváva a ťažkosti neustúpia do 5 minút užite 2. tbl.; ak diskomfort pretrváva, užite po 5 min. 3. tbl.
- ďalej:

Ak príznaky prestali, volajte vášho lekára:

Ak príznaky pokračujú po viac ako 15 min., volajte RZP ihneď.

Nikdy nečakajte dlhšie ako 15 min.

Číslo RZP doma:

Číslo RZP v práci:

Najbližšie zdravotnícke zariadenie dostupné do 24 hodín

Doma:

V práci:

Pre pacientov po akútnom infarkte myokardu, s nestabilnou angínou pectoris; tlačivo vyplní lekár alebo sestra.

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Ivana Tomková, PhD., MPH
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita
Limbová 14
833 03 Bratislava
e-mail: ivana.tomkova@szu.sk

PhDr. Jana Michňová, PhD.
OAIM, Nemocnica sv. Michala
Cesta na Červený most 1
833 31 Bratislava
e-mail: jana.michnova@szu.sk

DIDAKTIKA Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

Šárka Tomová, Hana Nikodemová

Ústav ošetrovatelství, Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Praha

Abstrakt

Príspevek se zaměřuje na obecné hodnocení didaktických zásad z pohledu všeobecné sestry a porodní asistentky, se kterými se blíže seznamují účastníci v certifikovaném kurzu „Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence“ v Ústeckém kraji. Jde o didaktické metody a zásady, které lze uplatnit při vedení klinické ošetrovatelské praxe. V průzkumném dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že více než polovina účastníků kurzu (51,32%) považuje výběr didaktické metody adekvátní věku studenta za nejvýznamnější faktor. Dalším z faktorů, který je podle respondentů významný je využívání takové didaktické metody při výuce, která je informačně nosná (26,32%). V neposlední řadě považují účastníci kurzu za významný vliv zvolené didaktické metody na formování studenta (19,74%). Mezi nejčastěji uváděné zásady efektivního naslouchání uvádí respondenti nejčastěji ochotu naslouchat a porozumět (46,05%), udržení očního kontaktu mezi hovořícím a naslouchajícím (34,21%) a vhodné prostředí, ve kterém se rozhovor odehrává (19,74%). Výsledky hodnocení kurzu, a jeho praktické části zaměřené na aplikaci didaktických metod a zásad, jsou východiskem pro další zvyšování efektivity celého kurzu a vývoje dalšího vzdělávání v této oblasti.

Klíčová slova

Didaktika; Metody výuky; Formy výuky; Ošetrovatelství; Klinická praxe.

Úvod

Didaktika je v pedagogické literatuře definována jako cesta k dosažení stanovených výukových cílů. Je nezbytnou součástí při výchově a vzdělávání člověka. Již J.A.Komenský ve svých spisech uvádí některé z didaktických zásad, které jsou platné dodnes. Například didaktická zásada „vše vlastními smysly, vždy a rozmanitě“ či „všemu se vyučuje příklady, ukázkami a cvičeními“ se stává cílem prostřednictvím využití vhodné didaktické metody ve vyučování. Didaktické metody výuky, které jsou po absolvování teoretické části certifikovaného kurzu procvičovány, odkrývají možnosti zdravotnického pracovníka například v oblasti vedení praxe a ukazují na náročnost profesionálního pedagogického vedení studentů nebo absolventů zdravotnických oborů, kteří nastupují do praxe. Zvládnutí jednotlivých didaktických pojmů, výukových forem a metod výuky mohou být pro prakticky založeného odborníka překážkou.

Vlastní text

K základním termínům, pro pedagogiku typickým, patří „výchova, vzdělání/vzdělávání“. Pro tyto pojmy začínají teoretici pedagogické vědy používat souhrnný termín edukace. Dvouslovné pojetí se jeví některým jako méně operativní než pojem jednoslovný. Dalším negativem pro užívání pojmů výchova a vzdělání se uvádí jejich dělení, přičemž se však obě složky v reálném procesu prolínají (Průcha, 2005). Nespornou výhodou užívání pojmu edukace je vztah k mezinárodnímu úzu – ekvivalent anglického termínu „education“. Tento má několik významů – je chápán jako vzdělání/vzdělávání, nebo „pouze“ výchova nebo spojuje tyto tři termíny pod jeden společný název. V pojetí české pedagogiky je obsah pojmů rozdílný. Existuje nespočet definic výchovy, například je charakterizována jako „formování vlastností jedince“, vzdělání je chápáno jako „produkt procesu“ a vzdělávání jako „samotný probíhající proces“. Rozdílnost v pojetí jednotlivých termínů pedagogiky je základem úvodní teoretické části, ve které se účastník kurzu seznamuje blíže s vědní disciplínou pedagogiky. Tradiční pojetí pedagogické vědy předpokládá spojení pedagogiky s pedagogickou praxí. „*Pedagogická praxe má za úkol zlepšovat, rozvíjet, inovovat... Taková pedagogika, která by nepřispívala ke zlepšování praxe, by byla považována za nelegitimní.*“ (Průcha, 2005, s. 62) Zjednodušeně lze říci, že pedagogická praxe je to, co dělají učitelé při výkonu své profese. Samozřejmě, že nelze chápat toto vyjádření jen jako omezený okruh činnosti učitele. Je nutné ji chápat jako vědu, jejímž předmětem zkoumání je edukační realita jako objektivní skutečnost. Edukační realita je každá skutečnost (prostředí, situace, proces aj.), v níž probíhají nějaké edukační procesy nebo jsou vyvíjeny edukační konstrukty. K dalším pojmům, které tvoří základní stavbu pedagogické disciplíny, patří edukační proces. Je to taková činnost, při níž dochází k učení na straně nějakého subjektu, jemuž je exponován nějakým jiným subjektem přímo nebo zprostředkovaně určitý druh informace (Průcha, 2005, s. 65). Velmi rozšířeným typem reálného edukačního procesu je jakýkoliv typ výuky, v němž jedna skupina subjektů se učí a jiné subjekty (nejčastěji učitelé, lektoři) zprostředkovávají jejich učení. Tento typ edukačního procesu je velmi komplikovaný, protože zahrnuje několik různých druhů učení (percepční, verbální, psychomotorické aj.) Jeho hlavní charakteristikou je to, že jde o učení výrazně intencionální tj. prováděné se záměrem, zvnějšku řízené. Edukační procesy jsou v lidské společnosti jednou z nejčastějších aktivit. Již od prenatálního období až do pozdního stáří se člověk učí nebo učení jiným zprostředkovává. Pro úplnost uvádíme ještě obsah pojmu edukační konstrukt, který je možné chápat buď jako učební osnovy, plány vyučovacích předmětů, didaktické testy, certifikáty, učebnice, výukové filmy, programy, knižní monografie, články apod., které nějakým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační prostředí. Vezmeme-li v úvahu, že pedagogickou praxi provádí všeobecná sestra nebo porodní asistentka, která současně vykonává ošetrovatelskou praxi, je jasné, že nároky na ni kladené při vykonávání pedagogického vedení studenta nebo absolventa jsou nebývale vysoké. Na výběr témat z pedagogické oblasti plynule navazuje vybraná část oboru didaktiky, která je neoddelitelnou součástí v přípravě učitele/mentora (Vališová a kol., 2008, s. 221).

Obsahová náplň didaktiky prezentovaná v pedagogické literatuře jako teorie vzdělávání a vyučování je velmi široká. Pro potřeby certifikovaného kurzu je nutné pečlivě vybírat, kterými pojmy se v teoretické části budeme zabývat a hledat jejich logickou souvislost

s praktickým nácvikem vyučovacích metod užívaných v klinické praxi. Tuto část kurzu zahájíme definováním didaktických zásad, na jejichž vzniku se podílí sám účastník kurzu na základě svých osobních zkušeností, definováním jejich charakteristiky a komparací se zásadami uváděnými v dostupné pedagogické literatuře. Poté následuje definování všech podmínek výuky, opět v souvislosti s vlastní zkušeností z pedagogického procesu. Neodmyslitelnou součástí tématu didaktiky je seznámení s organizačními formami výuky jako uspořádáním vyučovacího procesu. Naším cílem je v této výukové části charakterizovat všechny formy výuky, analyzovat ze svých zkušeností výhody a nevýhody hromadné, individuální a skupinové výuky. Podstatnou část, která je zakončením teoretického bloku přípravy mentora tvoří didaktické výukové metody. Cíle, ke kterým v této části směřujeme, jsou: definovat kritéria, která má metoda splňovat, aby byla didakticky účinná a provést rozbor vybraných výukových metod vzhledem k jejich účinnosti a efektivitě ve vyučovacím procesu. Klasifikaci základních skupin metod výuky využíváme dle Maňáka a dle Lernerera (Kalhous a kol. 2009, s. 312-13). Pro přehlednost a pochopení významu užívaných metod uvádíme jejich zařazení z různých aspektů. Využíváme rozdělení výukových metod z hlediska didaktického (slovní, názorně demonstrační a praktické), z hlediska psychologického (metody sdělovací, výzkumné a metody samostatné práce, z hlediska logického (induktivní, deduktivní, analýzu a syntézu, metody komparace). V neposlední řadě nemůžeme v předloženém přehledu metod výuky opomenout metody z hlediska fází výuky, které považujeme za stěžejní v přípravě budoucího mentora na pedagogickou činnost. Především metody motivační, expoziční a fixační jsou zdrojem informací a podkladem pro jejich pochopení a následné využití v praxi.

Praktický nácvik vybraných didaktických metod je zahájen pečlivým výběrem tématu z klinické praxe, promyšlením vhodných didaktických metod v souvislosti s cílovou skupinou a zpracováním tématu ve formě prezentace v programu Microsoft PowerPoint. Příprava na vyučovací hodinu je individuální. Řídí se získanými informacemi v teoretické části. Povinností frekventanta kurzu je písemné vyhotovení přípravy na výuku a časově zkrácené vedení výuky na zadané téma. Příprava pomůcek, vhodného prostředí a dalších podmínek výuky je plně v kompetenci účastníka kurzu. Cílem tohoto praktického nácviku je mimo jiné osvojit si zvolenou metodu výuky, naučit se reagovat na dotazy posluchačů, ovládat didaktickou techniku a ujasnit si zásady praktického nácviku výkonu. U všech frekventantů kurzů byla v počáteční fázi využita metoda monologická ve formě přednášky, vysvětlování nebo instruktáže. Metody slovní patří obecně k nejčastěji užívaným metodám výuky. Slovo je pro učitele nástroj nejefektivnějšího a nejrychlejšího přenosu požadovaných informací. Vzhledem ke stanoveným cílům pro tuto oblast byly u některých mentorek využity i metody dialogické. Je zajímavé, že tyto metody, které předpokládají rozdělení komunikační aktivity mezi učitele a studenta za účelem vzájemného působení a ovlivňování, se jevíly některým účastníkům jako velmi náročné. V diskuzi, která následovala po každém pedagogickém výstupu, se projevovalo jako velice zatěžující skloubit strukturu a logickou návaznost tématu, reakci na okolí, sledování atmosféry mezi posluchači a práci s ovládnutím didaktické techniky. Většina účastníků kurzů, které neměly doposud zkušenost s vystupováním před posluchači, uváděla jako nejvíce zatěžující strach, obavy a trému z vystoupení. Nejen metody uvedené výše, ale především metody názorně demonstrační byly některými mentorkami užity při

praktickém pedagogickém výstupu. Při závěrečném sebehodnotícím rozhovoru uváděly jako obtížné dodržet rychlost prováděného výkonu s jasností a srozumitelností výkladu, synchronizaci a logickou návaznost jednotlivých kroků výkonu, které za normálních okolností provádějí v klinickém prostředí automaticky, zaměřenost na rušivé vlivy mezi posluchači, které u některých mentorek při didaktickém výstupu vyvolaly zpomalení tempa a nelogičnost tematických částí výstupu. Jako velmi pozitivní mentorky uvádí možnost praktického procvičení některých z výkonů a kladné ohodnocení získání nových informací z oborů, které byly zastoupeny jednotlivými mentorkami.

Vybrané výsledky průzkumné sondy

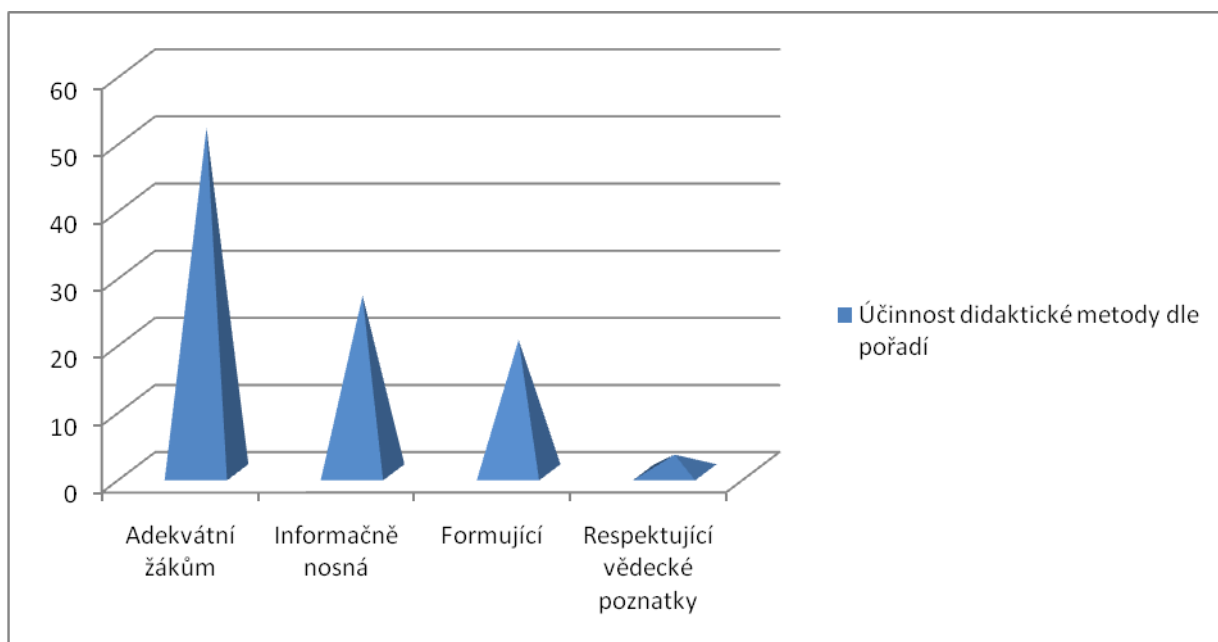
Při závěrečném hodnocení frekventanti kurzů vyjadřovali vlastní pohled na naléhavost didaktického přístupu ke studentům a absolventům zdravotnických oborů do klinické praxe. Respondenty šetření bylo 76 sester z klinických pracovišť nemocnic Ústeckého kraje. Formou dotazníkového šetření, které proběhlo na závěr certifikovaných kurzů byly zaznamenány odpovědi respondentů. Vybrané příklady dotazů, které byly účastníkům kurzů předloženy uvádíme níže:

1. Co je podle Vašeho názoru nejdůležitější pro to, aby byla didaktická metoda účinná? (Vyberte jednu z nabízeného seznamu)

Tab. 1 Výběr didaktické metody

Pořadí	Faktory ovlivňující výběr didaktické metody	n	%
1.	Adekvátní věku studenta	39	51,32
2.	Informačně nosná	20	26,32
3.	Formující	15	19,74
4.	Respektující vědecké poznatky	2	2,63
Celkem		76	100%

Graf 1 Účinnost didaktické metody (v %)

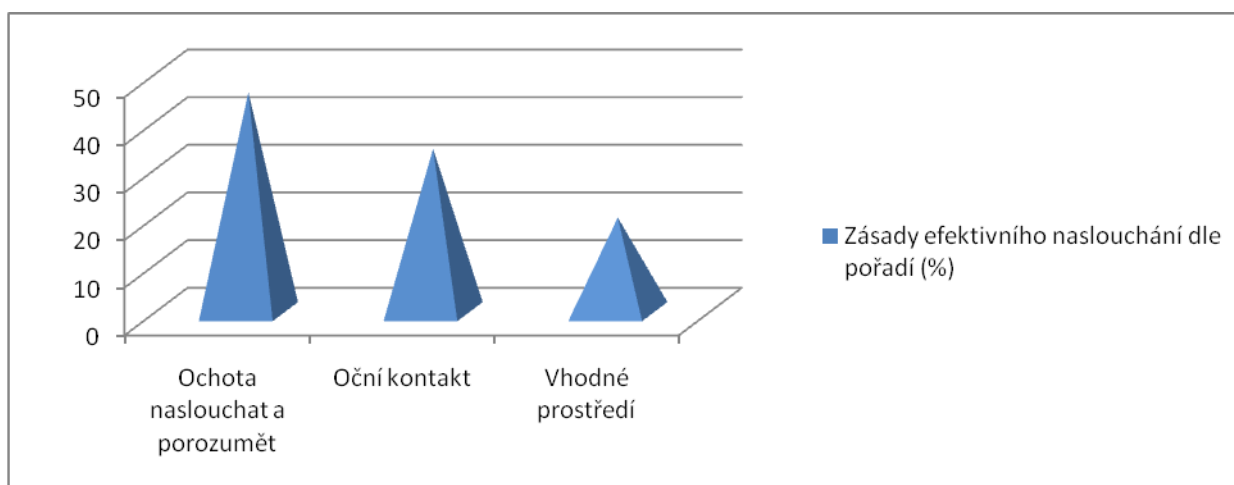


2. Vyberte ze seznamu podle Vašeho názoru nejdůležitější zásadu efektivního naslouchání.

Tab. 2 Nejčastěji uváděné zásady efektivního naslouchání

Pořadí	Zásady efektivního naslouchání	n	%
1.	Ochota naslouchat a porozumět	35	46,05
2.	Oční kontakt	26	34,21
3.	Vhodné prostředí	15	19,74
Celkem		76	100%

Graf 2 Nejčastěji uváděné zásady efektivního naslouchání (v %)

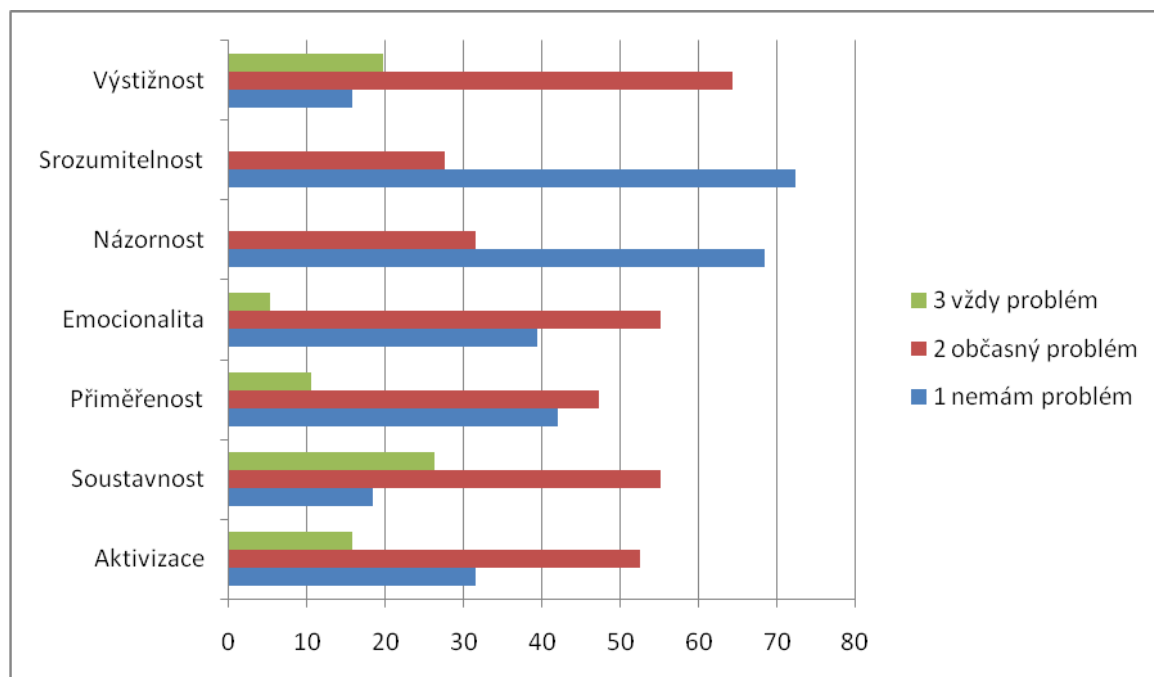


3. Označte čísla jednotlivé pedagogické principy tak, jak si myslíte, že je zvládáte nebo Vám činí potíže (1 nečiní mi nikdy potíže ho dodržet, 2 – občas mi činí potíže tento dodržet, 3 – vždy mi činí potíže tento dodržet)

Tab. 3 Sebehodnocení zvládnutí pedagogických principů

Pedagogické principy	1	%	2	%	3	%
	nečiní mi nikdy potíže ho dodržet /n/		občas mi činí potíže tento dodržet /n/		vždy mi činí potíže tento dodržet /n/	
Aktivizace	24	31,58	40	52,63	12	15,79
Soustavnost	14	18,42	42	55,26	20	26,32
Přiměřenost	32	42,11	36	47,37	8	10,53
Emocionalita	30	39,47	42	55,26	4	5,26
Názornost	52	68,42	24	31,58	0	0
Srozumitelnost	55	72,37	21	27,63	0	0
Výstižnost	12	15,79	49	64,47	15	19,74

Graf 3 Sebehodnocení zvládnutí pedagogických principů (v %)



Závěr

Jeví se jako nezbytné v teoretické části kurzu věnovat pozornost termínům souvisejícím s pedagogikou, pedagogickou praxí, zabývat se jejich vztahy, které umožňují hlubší vhled do problematiky pedagogiky a didaktiky. Podstatou je však naučit mentora, jak probudit zájem o určitou studovanou oblast, jak motivovat, jak pochopit a porozumět myšlení studenta apod. Z dosavadních šetření vyplývá, že je žádoucí praktický nácvik vedení vyučovací hodiny opakovaně v laboratorních podmínkách zkoušet, jelikož přispívá nejen ke zvládnutí vybraných didaktických metod ve vyučování, ale především umožňuje překonávání vlastních obav, strachu a trémy z vystoupení. Ze závěrečných evaluačních diskuzí v kurzech vyplývá, že podstatným faktorem, který ovlivňuje většinu vystupujících při nácviku vedení vyučovací hodiny, je přítomnost kolegů, kteří mají zdravotnické vzdělání, i když v jiných oborech. Jako lépe zvládnutelné hodnotí frekventanti kurzu případné vystoupení před mladšími kolegy, kteří ještě nedosáhli praktických zkušeností ve zdravotnické praxi.

Používání aktivizujících forem a metod výuky, respektování osobnosti studenta, absolventa jako samostatné, autonomní bytosti, která má nárok na vlastní názor, právo říci svůj argument, vyjádřit svůj hodnotící soud a pocity je základem vytvoření vzájemného respektování a oboustranné důvěry. Tyto aspekty se následně projevují v celkovém přístupu ošetrovatelské péče o nemocné.

Použitá literatura

- [1] VALIŠOVÁ, Alena a kol. *Pedagogika pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 402 s. ISBN 978-80-247-1734-0

[2] KALHOUS, Zdeněk a kol.. *Školní didaktika*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 447 s. ISBN 978-80-7367-571-4

[3] PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X

Kontaktní údaje

PhDr. Šárka Tomová

Ústav ošetrovatelství

UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 - Motol

NEINVAZÍVNE POSÚDENIE STRESOIDNEJ REAKCIE METÓDOU VARIABILITY SRDCOVEJ FREKVENCIE

Jaromír Tupý^{1,2}, Oľga Chrenková², Miriam Tupá², Anton Lacko¹

¹FZ KU Ružomberok, ²ÚHaT ÚVN - FN Ružomberok

Abstrakt

Stres, definovaný ako stav ohrozenia homeostázy, mobilizovaný komplexným spektrom adaptívnych fyziologických a behaviorálnych reakcií, ktoré majú za cieľ obnoviť nestabilitu telesnej homeostázy. Citlivým ukazovateľom vplyvu stresu na organizmus je reakcia autonómneho nervového systému, ktorého funkčný stav odráža variabilita srdcovej frekvencie. V súčasnosti sa variabilita R-R intervalov hodnotí najčastejšie spektrálnou analýzou postupnej rady 300 až 900 intervalov za pomoci rýchlej Fourierovej transformácie. Analýza ukáže spektrálne rozloženie intervalov podľa frekvencie a sily.

Kľúčové slová

Stres, Autonómny nervový systém, Variabilita srdcovej frekvencie, Spektrálna analýza.

Abstract

Stress, defined as a state of threatened homeostasis, mobilized a complex spectrum of adaptive physiologic and behavioral responses that aim to reestablish the challenged body homeostasis. Sensitive indicator of stress on the body is the reaction of the autonomic nervous system, which reflects the functional status of heart rate variability. Power spectral analysis in the variability of 300-900 successive R-R intervals commonly performed today uses either rapid Fourier transformation. The analysis shows high and low frequency peaks corresponding to the rapid and slow oscillations in heart rate.

Key words

Stress, Autonomic nervous system, Heart rate variability, Spectral analysis.

Úvod

Na organizmus neustále pôsobia rozličné faktory vonkajšieho prostredia. Ich vplyv zväčša vedie k aktivácii kompenzačných mechanizmov, ktoré zabraňujú výraznejším zmenám vnútorného prostredia a poškodeniu organizmu. V prípade, že intenzita pôsobiaceho podnetu presiahne schopnosti kompenzácie, dochádza k aktivácii mechanizmov stresoidnej reakcie. Podnet, ktorý aktivuje stresoidnú (záťažovú) reakciu charakterizovanú u vyšších organizmov koordinovanou neuroendokrinnou reakciou sa označuje ako stresor. Stresom potom možno označiť reakciu organizmu na pôsobenie stresora. Krátkodobá aktivácia stresoidnej reakcie je pre organizmus nevyhnutná na zvládnutie záťažových situácií a predstavuje esenciálnu zložku

života. Nadmerná a opakovaná aktivácia má však na činnosť organizmu nepriaznivý dopad (Kyrou, 2009, Mravec, 2011, Skarlandtová, 2010, Tupý, 2011).

Psychická záťaž alebo intenzívne emócie sú príčinou kardiovaskulárnej komponenty stresovej odpovede. Sú to vonkajšie stresory, ktoré ostávajú psychicky nezvládnuté a ich dlhodobý prejav úzko súvisí s možnosťou vzniku ischémie myokardu. S tým súvisí nutnosť diagnostiky a „kvantifikovania“ stresu. Tu sa zdá byť pomocnou metódou vyšetrenie variability srdcovej frekvencie spektrálnou analýzou (VSF). Porucha VSF sa hodnotí ako fenomén, ktorý zavčas a citlivo reaguje na prechod medzi zdravím a chorobou. Znížená býva znakom zmenenej adaptability a mala by imitovať ciele diagnostiku príčiny.

História a možnosti vyšetrenia stresu

História výskumu stresu je spojená s koncepciou vnútorného prostredia, homeostázy a všeobecného adaptačného syndrómu. Jej prvé základy, ktoré položili Claude Bernard a Walter Bradford Cannon, vyústili k výraznému rozvoju v druhej polovici 20. storočia zavedením vysoko citlivých biochemických a molekulárnych metód. Tie spoločne s elektrofyziologickými a behaviorálnymi metódami, umožnili relatívne podrobne charakterizovať jednotlivé aspekty neuroendokrinné stresovej reakcie.

Na základe poznatkov bola snaha verifikovať a kvantifikovať stresoidnú reakciu.

Posúdiť *adrenomedulárnu aktiváciu* funkciou drene nadobličiek sa stalo relatívne jednoduché, aj keď krátky biologický polčas adrenalínu v plazme, vychytávanie svalmi a technická obtiažnosť pri detekcii bazálnych hladín obmedzujú využitie tohto prístupu. Svoje limity má i posúdenie sekrécie v čase hodnotené vylučovaním adrenalínu v moči (Adameova, 2009).

Hodnotenie aktivity *sympatikového nervového systému* je oveľa problematickejšie a vzhľadom k určitým výhodám i nevýhodám metód sa často kombinuje viac postupov. Používané vyšetrenie hladín plazmatického noradrenalínu je ovplyvnené možnosťou interpretácie výsledkov, čím je výrazne znížená citlivosť vyšetrenia. O niečo lepší odhad poskytuje vylučovanie noradrenalínu do moču (Mravec, 2011).

Kinetické štúdie, využívajúce infúziu rádioaktívne značkovanej noradrenalínu, môžu byť senzitivnejšie. Umožňujú vypočítať rýchlosť s akou sa objaví v cirkulácii, korigovať alterácie odstraňovania plazmatického noradrenalínu, a tým znížiť nepresnosť merania.

Alternatívny prístup určovania aktivity sympatikového nervového systému zahŕňa priamy *záznam elektrickej nervovej aktivity* prenosu signálov. Postupy sú však invazívne a technicky náročné. Výrazným obmedzením je nelineárna závislosť uvoľňovania neurotransmiterov zo sympatikových nervových zakončení od frekvencie akčných potenciálov.

Ďalšie metódy ako stanovenie dopamín beta-hydroxylázy (DBH) a chromogranínu A sú relatívne málo senzitivnými ukazovateľmi sympatikovej nervovej aktivity a ich použitie je skôr akademické (Young, 1998).

Protipólom vyššie opísaných vyšetrení sú *neinvazívne* využiteľné metódy, umožňujúce posúdiť aktivitu systémov stresovej reakcie, HPA osi a sympatikoadrenálneho systému. Výhodou je ich nenáročnosť, minimálna záťaž pre pacienta a možnosť opakovaného

vyšetrenia. K najrozpracovanejším patrí vyšetrenie potu, slín a vyšetrenie autonómneho nervového systému metódou senzitivity baroreflexu (BRS) a variability srdcovej frekvencie (HRV) (Marques, 2010).

Senzitivita baroreflexu vychádza z ovplyvnenia frekvencie srdca krvným tlakom (zvýšením krvného tlaku sa frekvencia spomaľuje a naopak znížením zrýchľuje). Tento dej sa riadi baroreflexom a je pod vplyvom blúdivého nervu (nervus vagus). BRS odráža prevažne reflexnú kapacitu - reveznú aktivitu parasimpatika spôsobenú rýchlym vyplavením množstvo acetylcholínu z "rezervy" (Olexa, 2000).

Variabilita srdcovej frekvencie

Spektrálna analýza variability srdcovej frekvencie je považovaná za najpresnejšiu metódu na zistenie stavu autonómneho nervového systému a adaptability organizmu. Srdcová frekvencia závisí od aktivity pacemakerových buniek sinoatriálneho uzla. Ani za bazálnych okolností nie sú však intervaly medzi nasledujúcimi kontrakciami rovnaké. Frekvencia neustále varíruje v dôsledku mnohých spolupôsobiacich faktorov. Podobne ako veľa iných orgánov, aj srdce je inervované oboma základnými oddielmi autonómneho nervového systému. Bunky sinoatriálneho uzla sú inervované parasympatikovými vláknami nervus vagus a vláknami torakálneho oddielu sympatikového nervového systému, ktoré spomaľujú alebo zrýchľujú srdcovú frekvenciu. Pokojová rovnováha autonómnych nervov, ktoré inervujú srdce, uprednostňuje šetrenie energie prevahou parasympatikových vplyvov na činnosť srdca. Kľudová srdcová frekvencia je preto v dôsledku prevažujúceho vagotonusu charakterizovaná relatívne veľkou variabilitou časových intervalov medzi dvoma nasledujúcimi kontrakciami, nakoľko sympatikový účinok na srdce je príliš nízky na to, aby vyvolal rýchle zmeny v časových intervaloch medzi kontrakciami (Pumprla 2001, Thayer a Sternberg, 2006).

História

Novodobá história metódy siaha až do druhej polovice 20. storočia, keď v roku 1965 Hon a Lee upozornili na zmeny vo vzdialenosti R-R intervalov ešte pred zmenami srdcovej frekvencie a to v prípade ohrozenia plodu hypoxiou (metóda je používaná v rámci kardiografického vyšetrenia dodnes). V medicíne dospelých sa pokračovalo v štúdiu hľadaním optimálnej metódy merania a klinických aplikácií, čo vyústilo k prechodu od časovej k spektrálnej analýze. Vyvrcholením sa stalo založenie skupiny Task Force, ktorej cieľom je štandardizácia terminológie a metodiky merania, definície fyziologických a patofyziologických korelátov, popis klinickej aplikácie a naznačenie smeru ďalšieho výskumu (Jurtková, 2010, Task Force, 1996).

Využitie spektrálnej analýzy variability srdcovej frekvencie

V klinickej medicíne je spektrálna analýza variability srdcovej frekvencie najčastejšie používaná u pacientov po infarkte myokardu, kedy redukovaná variabilita srdcovej frekvencie reflektuje zníženou srdcovou vagovou aktivitou, ktorá vedie k prevalencii sympatických mechanizmov a srdcovej elektrickej instabilite. Často je táto metóda využívaná aj pri iných závažných ochoreniach srdca ako je arteriálna hyperperzencia, srdcové zlyhávanie alebo stavu po transplantácii srdca. Výskumy sa zameriavajú aj na spektrálnu analýzu variability srdcovej

frekvencie u diabetes mellitus, panických ochorení, obezity a neurologických postihnutí, akými sú Parkinsonova choroba, syndróm Guillain-Barrého syndróm, poranenia miechy atď.

Nemenej využívaná je spektrálna analýza fetálnej a neonatálnej variability srdcovej frekvencie, ktorá pomáha určiť zrelosť plodu a odhaliť možné poškodené plodu, eventuálne určiť riziko syndrómu náhlej smrti u novorodencov (Jurtková, 2010, Kautzner, 1998). V záťažovej a športovej medicíne je spektrálna analýza využívaná k optimalizácii tréningového zaťaženia, ladenie športovej formy a prevencii pretrénovania (Stejskal, 1996).

Analýza je i veľmi citlivou fyziologickou mierou, v ktorej sa odrazí aj slabý stres. Preto je vhodnou mierou na posúdenie kardiovaskulárnej komponenty stresovej odpovede. (Lacko, 2003, Valentini, 2009).

Meranie variability srdcovej frekvencie

Analýza vychádza ako z krátkodobých (5-30 minút), tak i dlhodobých (24-48 hodín) EKG záznamov. Metódy analýzy možno rozdeliť do 3 kategórií:

- jednoduché metódy,
- metódy časovej analýzy (tzv. time-domain),
- frekvenčné analýzy (frequency-domain) (Heinc, 2006, Kautzner, 1998).

Jednoduché metódy

Variabilita srdcovej frekvencie je vyšetrovaná pomocou sledovania zmien tepovej frekvencie (v niektorých prípadoch aj zmien krvného tlaku) v priebehu určitých manévrov. Najčastejšie je využívaný Valsalvov manéver, izometricka kontrakcia ruky (hangrip test), ortostatická skúška a skúška hlbokého dýchania (Jurtková, 2010, Kautzner, 1998).

Metódy časové analýzy

Tieto metódy analyzujú srdcový rytmus v určitom časovom úseku alebo analyzujú časové intervaly medzi nasledujúcimi QRS komplexami. Pre analýzu je dôležité označiť v kontinuálnom EKG zázname komplexy QRS a NN (normal-to-normal) intervaly (všetky intervaly R-R medzi komplexami QRS nasledujúce po vlnách P sínusového pôvodu). K ďalšiemu spracovaniu dát možno použiť komplex štatistických a geometrických metód (Kautzner, 1998, Task Force, 1996).

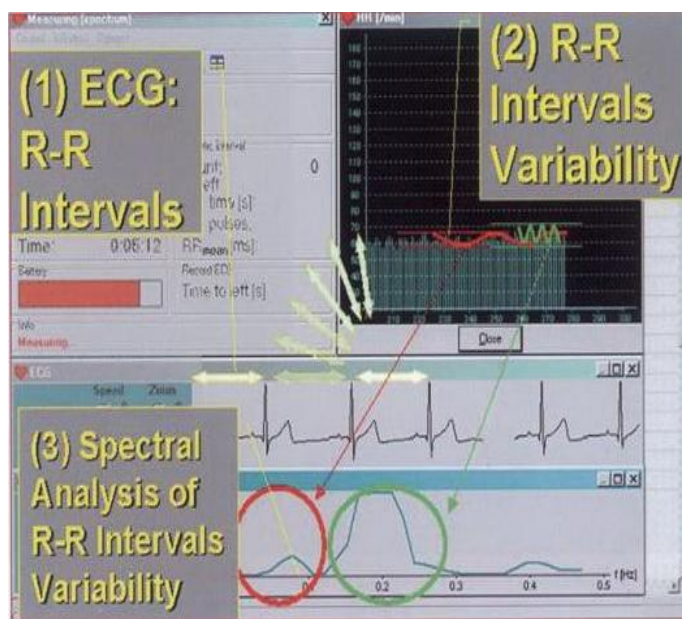
Štatistické metódy popisujú variabilitu celej série intervalov NN alebo sledujú rozdiely medzi susednými NN intervalmi. Najčastejšie používanými parametrami je SDNN (smerodajná odchýlka všetkých NN intervalov), SDANN (smerodajná odchýlka priemerných hodnôt NN intervalov, ktoré sú počítané z 5 minútových úsekov dlhodobého záznamu), SDNN index (priemerná hodnota SDNN), pNN50 (relatívny počet NN intervalov, ktoré sú aspoň o 50 ms dlhšie ako predchádzajúce NN interval) a RMSSD (druhá mocnina priemeru štvorcov rozdielu medzi po sebe nasledujúcimi NN intervaly) (Dantas, 2012, Task Force, 1996).

Geometrické metódy sú ďaleko menej ovplyvnené artefaktami, avšak pre analýzu je potrebné získať dostatočný počet intervalov NN (Kautzner, 1998, Task Force, 1996).

Metódy spektrálnej (frekvenčnej) analýzy

Metódy frekvenčnej analýzy možno rozdeliť na parametrické a neparametrické. Do skupiny neparametrických metód patrí metóda rozloženia postupnej rady 300-900 R-R intervalov elektrokardiogramu (EKG) s využitím rýchlej Fourierovej transformácie. Prakticky ide o rozloženie R-R intervalov EKG na sínusoidy s určitou frekvenciou a amplitúdou. Výhodou je relatívna jednoduchosť algoritmu pre analýzu a vysoká rýchlosť spracovania dát (Jurtková, 2010, Lacko, 2003).

Na obrázku je záznam VSF R-R intervalov EKG (1). Princípom spektrálnej analýzy VSF je detekcia harmonických, pravidelne sa objavujúcich zložiek podmieňujúcich jej kolísanie (2). Zobrazené rýchle zmeny SF sú ovplyvnené tonusom parasympatika (časť spektra okolo 0,2 Hz), pomalšie zmeny SF sú pravdepodobne ovplyvnené tonusom parasympatika i sympatika (časť spektra okolo 0,1 Hz) (3).



Obr. 1 Princíp spektrálnej analýzy VSF.

Autokorelačná metóda je založená na porovnávaní aktuálnej hodnoty signálu a periodicky oneskorených hodnôt. Hlavnou výhodou je získanie hladších spektrálnych komponentov nezávisle na vopred nastavených frekvenčných pásmach, kedy možno ľahko identifikovať centrálnu frekvenciu každej komponenty. Nevýhodou je nutnosť overenia vhodnosti daného modelu a jeho komplexnosti (Jurtková, 2010, Kautzner, 1998, Stejskal, 1996).

Riadiace subsystemy sympatiku a parasympatiku, "pracujú" s rôznou frekvenciou (parasympatikus rýchlejšie, sympatikus pomalšie), čo umožňuje ich rozlíšenie a kvantifikáciu aktivity. Celé frekvenčné spektrum možno rozdeliť do niekoľkých zložiek, z ktorých je každej pripisovaný odlišný fyziologický význam. Nie je však zhoda medzi autormi vo vymedzení jednotlivých komponentov. Analýza môže byť vykonaná u krátkodobých, tak aj u dlhodobých záznamov (Thayer, 2012).

Všeobecne sa práma (Tab. 1) rozdelenie spektrálnej (frekvenčnej) oblasti VSF na VLF (veľmi nízke frekvenčné pásmo), na LF (nízkofrekvenčné pásmo) a na HF (vysokofrekvenčné pásmo). Celkovým výsledkom vyšetrenia je trojrozmerný graf, zobrazujúci spektrum variácií srdcovej frekvencie. Štatisticky sa vyhodnocujú hodnoty spektrálneho výkonu (spectral power) jednotlivých frekvenčných oblastí a ich vzájomné pomery VLF/LF, VLF/HF, LF/HF.

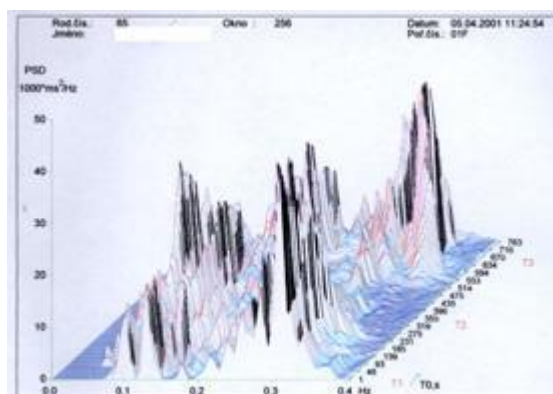
Pomer LF/HF je markerom sympatiko-vábovej rovnováhy. Vrcholy sú presne špecifikované polohou na frekvenčnej osi spektra. (Lacko, 2003).

Tab. 1 Hlavné parametre spektrálnej analýzy variabilita srdcovej frekvencie.

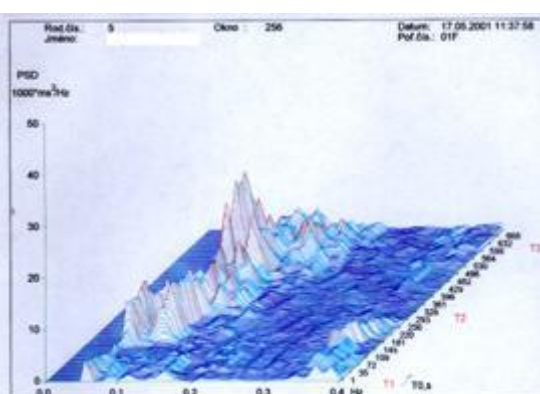
Parameter	Vymedzenie pojmu	Úpresnenie
Heart rate (bpm)	Frekvenci srdca	
Total power (ms ²)	Celkový spektrálny výkon.	
Relatívny power (%)	Relatívne pomery jednotlivých výkonov % VLF, %LF, %HF	
ULF (ms ²)	Spektrálny výkon v ultranízkom frekvenčnom pásme.	
VLF (ms ²)	Spektrálny výkon vo veľmi nízkofrekvenčnom pásme (0.0033 - 0,05 Hz).	Aktivita sympatika, vplyv mechanizmov termoregulácie systému renín-angiotenzín-aldosterón.
LF (ms ²)	Spektrálny výkon v nízko-frekvenčnom pásme (0,05 - 0,15Hz).	Aktivita sympatika i parasympatika.
HF (ms ²)	Spektrálny výkon vo vysoko-frekvenčnom pásme (0,15- 0,40 Hz).	Aktivita parasympatika.
LF (%)	[LF/(TP-VLF)] (pri niektorých výpočtoch [LF/(LF+ HF)])	Odráža aktivitu sympatika.
HF (%)	[HF/(TP-VLF)] (pri niektorých výpočtoch [HF/(LF+ HF)])	Odráža aktivitu parasympatika.
LF/HF	Pomer nízkofrekvenčného a vysokofrekvenčného výkonu.	
PSD LF (ms ² /Hz)	Najvyššie dosiahnutá spektrálna hustota v nízkofrekvenčnej časti spektra.	
PSD HF (ms ² /Hz)	Najvyššie dosiahnutá spektrálna hustota vo vysokofrekvenčnej časti spektra.	
MSSD (ms ²)	Priemer štvorcov (mocnín) rozdielov R-R počas monitorovania.	
CCV VLF (%)	Koeficientykompliancie variácií pomer výkonov-plocha v danej oblasti : R-R interval EKG	
CCV LF (%)		
CCV HF (%)		

(Lacko, 2003, Stein, 2012)

Rozvoj poruchy srdcovo-cievnych regulácií pri vyšetrení VSF môžeme vizuálne posúdiť z grafu (Obr. 2, 3), kedy v počiatkovej fáze poruchy dochádza predovšetkým k poruche v oblasti parasympatika. Pri rozvinutom postihnutí dochádza k poklesu v nízkofrekvenčných oblastiach, teda v oblasti vplyvu sympatika.

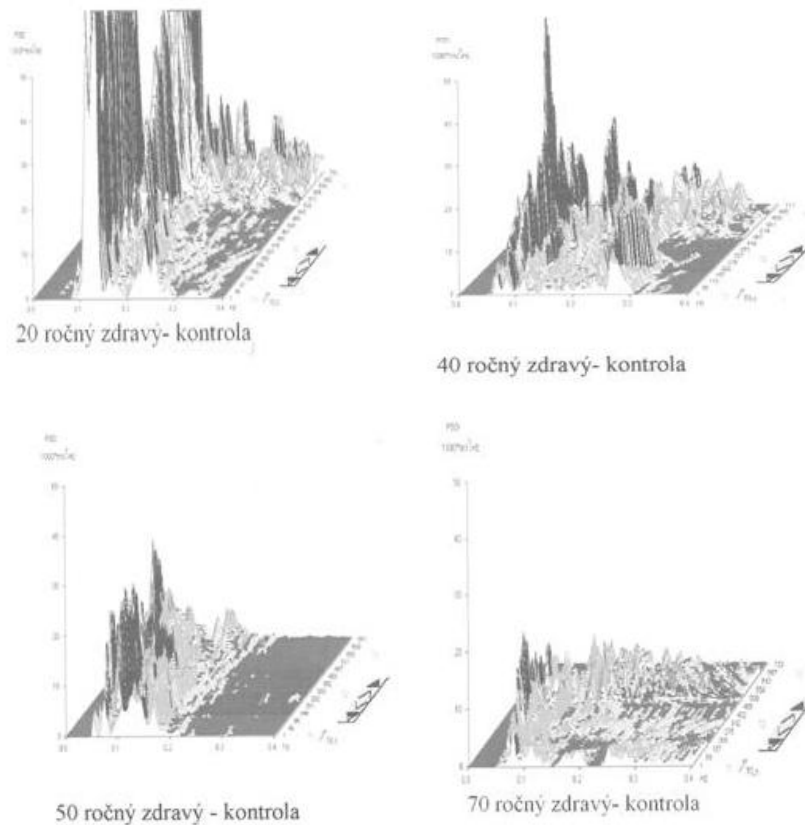


Obr. 2 VSF v pokoji



Obr. 3 VSF po stresovnej záťaž

S vekom ANS má zníženú plasticitu. Celkovo je znížená aktivita sympatika i parasympatika. Prípadne môže čiastočne prevažovať sympatická zložka autonómneho nervového systému (Obr. 4), ktorá je menej výhodná a môže sa podieľať na vzniku niektorých komplikácií (napr. zvýšenie krvného tlaku).



Obr.4 Aktivita ANS v jednotlivých vekových kategóriách

Záver

Stres je psychofyziologická reakcia organizmu na vonkajšiu a vnútornú záťaž, ktorá mobilizuje systém obranných a reparačných procesov za účelom prekonania záťažovej situácie. Citlivým ukazovateľom vplyvu stresu na organizmus je reakcia autonómneho nervového systému, ktorého funkčný stav odráža variabilita srdcovej frekvencie. Metóda podáva objektívne informácie o činnosti sympatika a parasympatika a umožňuje súčasne časovú i spektrálnu analýzu. Podstatou je rozloženie nepravidelného priebehu variability srdcovej frekvencie na pravidelné cykly, ktoré reprezentujú procesy ovplyvňujúce priebeh srdcovej frekvencie. Celkovým výsledkom vyšetrenia je trojrozmerný graf, zobrazujúci spektrum variácií frekvencie. Znížená variabilita býva znakom zmenenej adaptability a mala by imitovať cieľnú diagnostiku príčiny.

Cieľom práce je poukázať na alternatívu vyšetrenia stresoidnej reakcie neinvazívnou metódou, ktorej jednoduchosť vytvára perspektívu širokého spektra použitia a otvára nové možnosti predikcie kardiovaskulárnej komponenty stresovej odpovede.

Literatúra

- [1] ADAMEOVA, A., ABDELLATIF, Y., DHALLA, N.S. 2009. Role of the excessive amounts of circulating catecholamines and glucocorticoids in stress-induced heart disease. In *Can J Physiol Pharmacol*. 2009, vol. 87, p. 493-514.
- [2] DANTAS, E. M., SANT'ANNA, L. M., ANDREAO, R. V. et al. 2012.: Spectral analysis of heart rate variability with the autoregressive method: What model order to choose? In *Computers in Biology and Medicine*. 2012, 42, p. 164-170.
- [3] HEINC, P. 2006. Vyšetřování srdeční stability. In *Kardiologická revue*, 2006, 8, s.156-163.
- [4] HOWORKA, K., PUMPRLA, J., JIRKOVSKA, A. et al. 2010. Modified orthostatic load for spectral analysis of short-term heart rate variability improves the sensitivity of autonomic dysfunction assessment. In *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2010, 24, p. 48-54.
- [5] JURUTKOVÁ, M. 2009. Hodnocení variability srdeční frekvence u rehabilitovaných pacientů s Parkinsonovou nemocí [online]. 2009 [cit. 2012-01-29]. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury. Vedoucí práce Petr Uhlíř. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/fkhynv/>>.
- [6] KAUTZNER, J., MALIK, M. 1998. Variabilita srdečního rytmu a její klinická použitelnost: I. část. In *Cor Vasa*, 1998, 4, s. 182-187.
- [7] KVETNANSKY, R., SABBAN, E. L., PALKOVIT, S. M. 2009. Catecholaminergic systems in stress: structural and molecular genetic approaches. In *Physiol Rev*. 2009, 89, p. 535-606.
- [8] KYROU, I., TSIGOS, C. 2009. Stress hormones: physiological stress and regulation of metabolism. In *Current Opinion in Pharmacology*. 2009, 9, p. 787-793.
- [9] LACKO, A., ČOMBOR, I., BESTVINA, D. a kol. 2003. Špecifika vzdelávania vojenských profesionálov so zreteľom na objektivizáciu vývoja stresovej situácie. Vojenská akadémia v Liptovskom Mikuláši, 2003. 138 s., ISBN 80-8040-208-6.
- [10] LACKO, A., KVĚTENSKÝ, J., DOMENIK, J. a kol. 2004. Vplyv skúšky ako stresovej situácie na autonómnou reguláciu srdcovej činnosti. 2004. [online]. [cit. 2012-01-29]. Dostupné z: < <http://www.uniba.sk/asociaciautv/zbornik2004.htm> > ,
- [11] MALLIANI, A., MONTANO, N. 2002. Heart rate variability as a clinical tool. In *Ital Heart J*. 2002, 8, p. 439-445.
- [12] MARQUES, A. H., SILVERMAN, M. N., STERNBERG, E. 2010. Evaluation of Stress Systems by Applying Noninvasive Methodologies: Measurements of Neuroimmune Biomarkers in the Sweat, Heart Rate Variability and Salivary Cortisol. In *Neuroimmunomodulation*. 2010, 17, 205-208.
- [13] MONTANO, N., PORTA, A., COGLIATI, C. et al. 2009. Heart variability explored in the frequency domain: a tool to investigate link between heart and behavior. In *Neurosci Biobehav Rev*. 2009, 33, p. 71-80.
- [14] MRAVEC, B. 2011. Stres a adaptácia. SAP, Bratislava 2011, 33 s., ISBN 978-80-8095-607-5.

- [15] OLEXA, P., GONSORČÍK, J., KUČINSKÝ, R. a kol. 2000. Dysfunkcia autonómneho nervového systému - patofyziologické aspekty a jej význam v klinickej kardiológii. In *Cardiol.* 2000, 4, s. 222-230.
- [16] PERINI, R., VEICSTEINAS, A. 2003. Heart variability and autonomic activity at rest and during exercise in various physiological conditions. In *Eur J Appl Physiol.* 2003, 90, p. 317-325.
- [17] PUMPRLA, J., HOWORKA, K., GROVES, D. et al. 2002. Functional assessment of heart rate variability: physiological basis and practical applications. In *International Journal of Cardiology.* 2002, 84, p. 1-14.
- [18] SKARLANDTOVÁ, H., FRAŇKOVÁ, M., FRYNTA, D., KITTNAR, O. 2010. Stres a stresové hormony u savců. In *Česk Fyziol.* 2010, 59, s. 32-6.
- [19] STEIN, P.K., PU, Y. 2012. Heart rate variability, sleep and sleep disorders. In *Sleep Medicine Reviews.* 2012, 16, p.47-66.
- [20] STEJSKAL, P., SALINGER, J. 1996. Spektrální analýza variability srdeční frekvence: Základy metodiky a literární přehled o jejím klinickém využití. In *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*, 1996, 2, s. 33-42.
- [21] TAK, L. M., ROSMALEN, J. G. 2009. Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. In *Journal of Psychosomatic Research.* 2009, 68, p. 461-468.
- [22] Task Force of The European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and Electrophysiology (1996). Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *European Heart Journal*, 17, p. 354-381.
- [23] THAYER, J.F., AHS, F., FREDRIKSON, M., SOLLERS, . J., WAGER, T. D. 2012. A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as marker of stress and health. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2012, 36, p. 747-756.
- [24] TUPÝ, J., LACKO, A. 2011. Úloha stresu a katecholamínov na kardiovaskulárny systém. In *Zdravotnícke štúdie.* ISSN 1337-723x, 2011, roč. IV, č.2., s. 2-4.
- [25] VALENTINI, M., PARATI, G. 2009. Variables Influencing Heart Rate. In *Progress in Cardiovascular Diseases.* 2009, 52, p. 11-19.
- [26] VUKSANOVIĆ, V., GAL, V. 2009. Heart rate variability in mental stress aloud. In *Medical Engineering & Physics.* 2007, 29, p. 344-349.
- [27] YOUNG, J. B., LANDSBERG, L. 1998. Catecholamines and the adrenal medulla. J.D. Wilson, D. W. Foster, H. M. Kronenberg (Eds). *Williams Textbook of Endocrinology.* 9th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998; s. 665-716.

*Projekt bol podporený MO SR, „Rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení u profesionálnych vojakov OS SR a ich ovplyvňovanie záťažovými situáciami“
Ev. č. SEOPMZ-280-10/2010- OdV.*

Kontaktné údaje

MUDr. Jaromír Tupý, PhD.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: tupyj@uvn.sk

SOCIÁLNÍ ASPEKTY CIRKADIÁNNÍCH RYTMŮ U ADOLESCENTŮ

Iveta Vašinová, Tomáš Křest'an, Petra Vojtová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Abstrakt

Článek vznikl v souvislosti s projektem GAJU č. 101/2011/S „Psychosociální a somatické ukazatele v komparaci k cirkadiánnímu rytmu“, který je realizován katedrou výchovy ke zdraví, Pedagogické fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Účelem výzkumné studie je najít souvislosti mezi sociálními aspekty a cirkadiánními rytmy u adolescentů v Jihočeském kraji. Respondenty dotazníků jsou studenti prvních ročníků středních škol ve věku 15-16 let (v celkovém počtu n = 180, dívky = 90, chlapci = 90). Metody výzkumu tvoří výběr otázek ze 2 standardizovaných dotazníků. Otázky sociální oblasti pochází z dotazníku kvality života Cummins (1997), ComQoL – S5. Otázky týkající se cirkadiánních rytmů jsou vybrány z dotazníku cirkadiánní typologie, CIT (Harada, Krejčí, 2010). Závěr: Výzkum nám poukázal, že zkoumaná skupina adolescentů se pohybuje v pozitivních hodnotách u sociálních vztahů a u cirkadiánních rytmů převažují průměrné hodnoty.

Klíčová slova

Adolescence, sociální vztahy, cirkadiánní rytmy, Jižní Čechy.

SOCIAL ASPECTS OF CIRCADIAN RHYTHMS IN ADOLESCENTS

Abstract

This research was provided in connection with the project GAJU N 101/2011/S „Psychosocial and Somatic Indicators in Comparison to the Circadian Rhythm“, which is implemented by the Department of Health Education, Faculty of Education at the University of South Bohemia in the České Budějovice. Methods of the research: questions selection of the 2 standardized questionnaires. Questions of social concept are from the Cummins questionnaire (1997), ComQoL - S5. The questions related to circadian rhythms are from the Questionnaire of Circadian Typology, CIT (Harada, Krejčí, 2010). The purpose of this paper is to find out the connections between the social concept and circadian rhythm in adolescents in the South Bohemia region. The target group creates respondents 15-16 years old from secondary schools (n=180 total, girls = 90, boys =90). Conclusion from the research proved that adolescent has healthy social relationships – they are in positive level, whereas the circadian rhythms are in average levels.

Key words

Adolescent Children, Social Relationships, Circadian Rhythms, South-bohemia region.

Úvod

„Sociálním zdravím chápeme schopnost být šťastný a umět šťastnými učinit i druhé. Znamená to pěstovat kontakt a komunikaci s ostatními lidmi, převzít zodpovědnost ve společnosti a pracovat pro ni. Je to i schopnost odpočívat a prožívat život v celé jeho kráse“ (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006).

Koncept sociálního zdraví vychází z předpokladu fungujících vztahů jedince, které se reflektují v mikrosystému, mezosystému a makrosystému. V mikrosystému se jedinec učí vztahům společně s rodinnými příslušníky, v mezosystému se člověk učí již v širší společnosti, například adolescenti ve svých sekundárních skupinách ve škole či ve volnočasových aktivitách. Sociální zdraví se netýká pouze vztahu jedince v rámci generační komunikace se svými vrstevníky, ale také jako schopnost mezigenerační spolupráce, například s učiteli, prarodiči, rodiči a jinými autoritami. V makrosystému se člověk účastní sociální participace svou reflexí na daná pravidla systému, konkrétně státu, která se prolínají skrze všechny předchozí systémy. Sociální aktivita jedince umožňuje sociální růst, tedy dává příležitost k rozvoji osobních kompetencí díky interakci jedince ve společnosti. Sociální kompetence jsou například účelná a konstruktivní komunikace, schopnost dlouhodobých vztahů, vymezení své role v kolektivu a ve společnosti, zprostředkování informací, schopnost naslouchat a spolupracovat v kolektivu i mezi různými kolektivy. Rozvoj těchto kompetencí vede ke zdravým vztahům jedinců ve společnosti (VOJTOVÁ, 2010). Ruku v ruce se sociálním zdravím jde sociální adaptace, zahrnující přijetí jednak jedince sebe sama a také život jedince ve společnosti, ve které žije. Míček (1984) popisuje tuto adaptaci jako souhrn předpokladů a podmínek, které umožňují jedinci přijetí svého vnějšího i vnitřního prostředí.

Rovnováha přijetí vnitřního i vnějšího prostředí se podílí pak na psychickém zdraví.

U adolescentů vede uvědomění v kognitivních procesech k novému způsobu myšlení. Změny se reflektují i v emocích a nově hodnotících soudech, které napomáhají ke utváření postojů a vztahů jak k sobě samému, tak i k ostatním lidem (SEIFERT, HOFFNUNG in MACEK, 2003).

Pro osobnostní rozvoj dospívajících jsou důležité sociální skupiny a instituce, ale nyní mají jiný subjektivnější význam než např. v mladším školním věku a změnil se i jejich vliv. Stále důležitým sociálním zázemím je rodina, i přesto, že se od ní mladí adolescenti začínají odpoutávat a osamostatňovat. Rodič je partnerem, vůči němuž se dospívající vymezuje. Z hlediska budoucího sociálního zařazení je významná spíše škola. Volnočasové instituce a aktivity také ovlivňují sociální zařazení adolescenta, mohou kompenzovat negativní vliv rodiny i případné školní neúspěchy. Velký význam pro dospívající má samozřejmě vrstevnická skupina s níž se adolescent identifikuje, stává se pro něj zdrojem potřebné emoční a sociální opory. Rozvíjejí se zde symetrické vztahy typu přátelství a prvních lásek, ale i hierarchizované vztahy organizovanější party (VÁGNEROVÁ, 2008).

Srovnání chování a životního stylu života adolescentů a jejich rodičů nevykazuje mnoho odlišností (MACEK, 2003). Řada studií ukazuje, že adolescenti se svou hodnotovou orientací více podobají vlastním rodičům než svým přátelům, to se vztahuje obzvláště na oblast cílových hodnot, které úzce souvisejí s jejich osobní perspektivou. Další studie také poukazují

na to, že rodiče mají větší vliv na všechny oblasti života s výjimkou volného času (MEEUS, DEKOVIC in MACEK, 2003). Adolescenti vesměs vnímají své rodiče jako skutečně důležité osoby, které je nejvíce ovlivňují. Jejich důležitost jako referenčních osob pro sebehodnocení adolescentů zůstává velmi vysoká a během dospívání se příliš nemění (OOSTERWEGEL, MACEK, OSECKÁ in MACEK, 2003).

Spánek je základní fyziologický jev podobně jako bdělý stav. Spánek je rozšířen u všech vyšších organismů a zaujímá značnou část jejich života. Spánek může být definován z různých aspektů, jednak behaviorálně, což je patrně nejdůležitější charakteristika, jednak polysomnograficky, to je v současné době určení asi nejpřesnější a významné pro kliniku, dále může být definován neurofyziologicky, což je podklad pro pochopení některých dalších souvislostí. Behaviorálně spánek definujeme jako stav klidu s minimální pohybovou aktivitou v typické poloze, s omezením vnímání okolního prostředí, s výrazně omezeným působením na vnější prostředí s mentální činností mozku zcela odlišnou od bdělého stavu přicházející závislosti na cirkadiánním rytmu. Polysomnograficky je spánek definován v rámci jeho jednotlivých stádií a neurofyziologicky jsou popsány některé pochody, na kterých bdělost, spánek a jeho stadia závisí, přesto některé další fyziologické vztahy zůstávají nejasné (NEVŠÍMALOVÁ, ŠONKA, 1997).

Zdravý spánek přináší tělesný a duševní odpočinek a celkové osvěžení organismu (FERNAND in VÁGNEROVÁ, 2008). Spánek je přirozený psychosomatický stav, který ve srovnání s bděním provází značné snížení psychické i tělesné aktivity, zejména aktivity motorického a sensorického systému. Tomu napomáhá i uspořádání vnějších podmínek, tzn. člověku se spí lépe pod měkkou, příjemnou, hřejivou přikrývkou, v tichu, spíše chladnu a ztemnělé místnosti. Někteří lidé preferují samostatné (oddělené) ložnice, protože přítomnost druhých osob působí rušivě na jejich spánek, pro jiné je přítomnost druhé osoby příjemnější a cítí se bezpečněji (VÁGNEROVÁ, 2008).

Světlo jako faktor životního prostředí, se významně podílí na stavu fyzické a psychické pohody, jeho pracovním výkonu a schopnosti regenerace organismu. Při dlouhodobějším omezování některé z těchto funkcí, může docházet k přechodnému i trvalému poškození zdraví. „Z hlediska vývoje zrakového analyzátoru je pro člověka nejvýhodnější světlo denní, neboť mechanismy přenosu informací z okolního prostředí se přizpůsobovaly fyzikálním vlastnostem světelného záření. Vytváření podmínek pro vidění a tvorbu zrakové pohody je závažným úkolem při tvorbě životního prostředí“ (DRAHOŇOVSKÁ, PRIBÁŇOVÁ, 2008).

Všechny druhy světla a osvětlení působí na člověka a na ostatní živé organismy i jinými vlivy. „Ty jsou velmi důležité pro tělesnou i psychickou pohodu člověka, pro optimální funkci celého jeho organismu i jednotlivých orgánů a mohou velmi významně ovlivňovat jeho zdravotní stav. Nesoulad mezi osvětlením a funkcemi lidského organismu může vyvolávat závažné zdravotní obtíže“ (MATOUŠEK, 2003).

Zhruba do poloviny 90. let 20. století se v souvislosti s centrem biologických hodin hovořilo pouze o suprachiasmatických jádrech. Poté však přišly Gianluca Tosini a Michael Menaker, kteří jako první přinesli důkaz, že cirkadiánní oscilace vně organismu mohou probíhat i v jiném savčím orgánu než jen v suprachiasmatickém jádru. „Sledovali tvorbu melatoninu v oční sítnici křečka zlatého promývané živným roztokem ve stálé tmě a zjistili, že tato tvorba

je rytmická, s maximem přibližně jednou za 24 hodin.“ Když ale ke studiu použili sítnici z mutantního křečka, jehož cirkadiánní rytmy probíhají v neperiodickém prostředí s periodou pouhých 20 hodin, probíhala i tvorba melatoninu v izolované sítnici s dvacetihodinovou periodou. „Není pochyby, že Tosini a Menaker přinesli zřetelný důkaz o tom, že savčí sítnice sama o sobě je oscilátorem a mohla by sloužit jako další cirkadiánní hodiny v savčím, a tudíž zřejmě i lidském organismu. Bude však nutné zjistit fyziologický význam tohoto nálezu. Po odstranění suprachiasmatických jader se savci bez výjimky stávají arytmiickými, a to i tehdy, když nemají poškozené sítnice. I přes nález oscilací v sítnici zůstávají tedy zatím suprachiasmatická jádra dominantními hodinami savců“ (ILLNEROVÁ, 1996).

Cíl výzkumné studie

Cílem výzkumné studie bylo zjistit sociální zdraví a cirkadiánní rytmy u adolescentů.

Další souvislost bude pozorována v možné korelaci těchto dvou zkoumaných oblastí.

Metody výzkumu

Metody výzkumu tvoří výběr otázek ze 2 standardizovaných dotazníků. Otázky sociální oblasti jsou převzaty z dotazníku ComQoL – S5, Cummins (1997). Otázky týkající se cirkadiánní rytmů jsou z dotazníku cirkadiánní typologie, CIT (Harada, Krejčí, 2010). Vybrané otázky jsme rozdělili do dvou kategorií. První kategorie obsahovala sociálně zaměřené otázky: Jak často hovoříš se svými blízkými přáteli?, Jak důležité jsou pro tebe blízké vztahy s rodinou a přáteli?, Jak je pro tebe důležité se scházet s přáteli mimo tvůj domov?, Jak je pro tebe důležité být šťastný?, Jak jsi spokojen se vztahy v rodině a s přáteli? Druhá kategorie obsahovala otázky z oblasti cirkadiánních rytmů a otázky zkoumající kvalitu spánku (diurnální rytmy): Za jak dlouhou dobu nejčastěji usínáte ve všedních dnech v době školní docházky?, Jak často míváte problémy s usínáním ve všedních dnech?, Kolikrát v noci se probouzíte?, Jak často hovoříte se svou rodinou o spánku? Odpovědi kategorizovali do 5 tříd z hlediska pozitivních a negativních odpovědí, abychom mohli provést porovnání obou kategorií. Rozdělili jsme je na 5ti členné sloupce od nejpozitivnějších po nejvíce negativní: nejvíce příznivý, příznivý, průměrný, nepříznivý, nejvíce nepříznivý.

Statistické metody: aritmetický průměr, vážený průměr, Sturgesovo pravidlo, procenta, korelace, četnost (PLOCKI, TLUSTÝ, 2007).

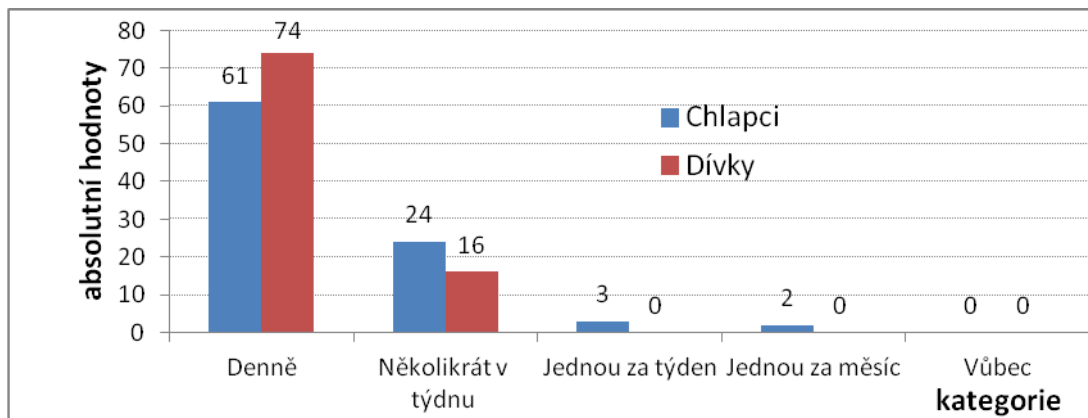
Charakteristika cílové skupiny

Na dotazníky odpovídali adolescenti ve věku 15 a 16 let. Celkový počet dotazovaných byl $n = 180$, z toho dívky tvořily $n=90$ a chlapci $n = 90$. Dotazovaní byli studenti středních škol v Českých Budějovicích.

Výsledky

Sociální zdraví u adolescentů

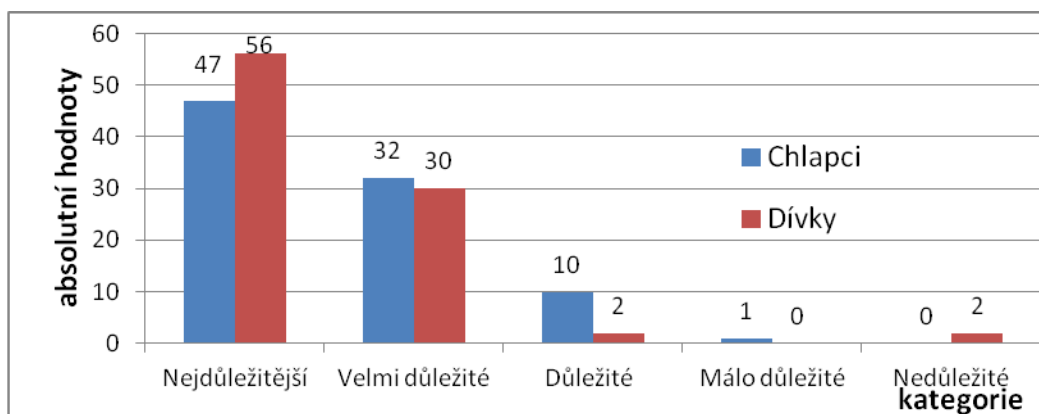
Graf č. 1 Jak často hovoříš se svými blízkými přáteli? (vlastní zdroj)



Na grafu č. 1 můžeme vidět, že $n = 74$ dívek hovoří se svými blízkými přáteli *denně* a 16 dívek jen *několikrát týdně*. Chlapci jsou zastoupeni v menším počtu $n = 61$ u odpovědi *denně* a v počtu 24 chlapců u odpovědi *několikrát týdně*. Z toho vyplývá, že chlapci nemají takovou potřebu hovořit se svými blízkými přáteli či rodiči, jako dívky, které prokazují větší frekvenci v komunikaci.

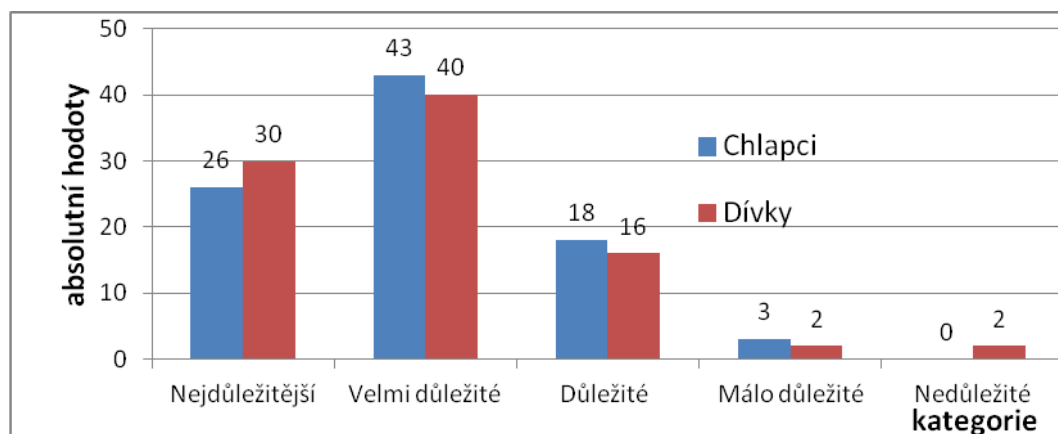
Graf č. 2 znázorňuje důležitost vztahů s rodinou a přáteli. Z grafu je patrné, že dívky pokládají za *nejdůležitější* tyto vztahy v celkovém zastoupení $n = 56$, zatímco chlapci v celkovém zastoupení $n = 47$. I přesto další hodnota je také velice příznivá a ukazuje na *velmi důležité* vztahy jak u dívek, tak u chlapců v podobném zastoupení, chlapci $n = 32$, dívky $n = 30$.

Graf č. 2 Jak důležité jsou pro tebe blízké vztahy s rodinou a přáteli? (vlastní zdroj)



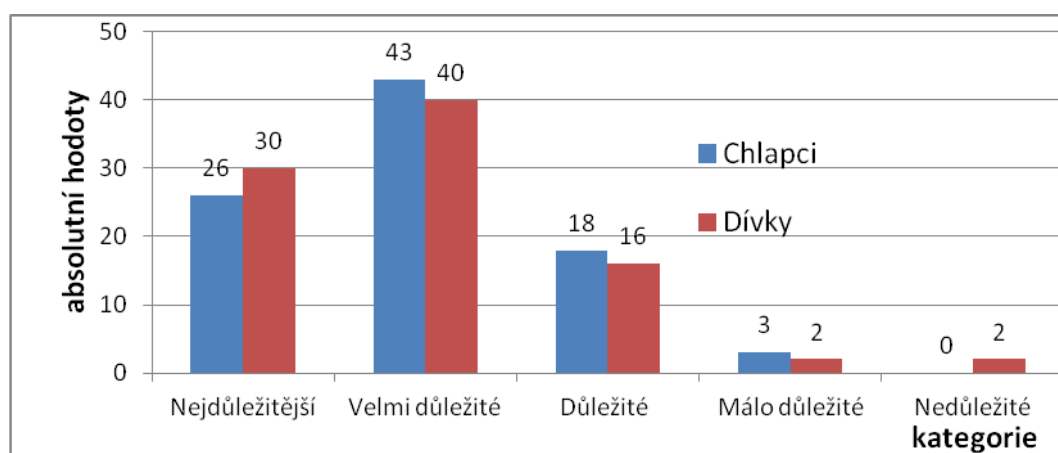
Graf č. 3 znázorňuje důležitost u adolescentů scházet se s přáteli mimo vlastní domov. V této oblasti jsou dívky $n = 40$ i chlapci $n = 43$ nejvíce zastoupeni v kategorii *velmi důležité*. Z toho můžeme předpokládat, že v tomto věku se jak dívky, tak chlapci schází se svými vrstevníky, se kterými tráví volný čas.

Graf č. 3 Jak je pro tebe důležité se scházet s přáteli mimo tvůj domov? (vlastní zdroj)



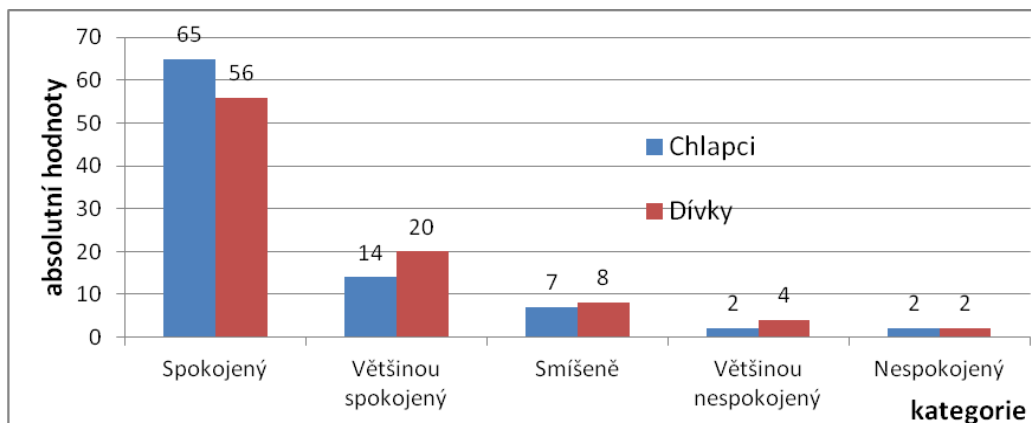
Graf č. 4 znázorňuje důležitost vnímání svého štěstí. Také v této oblasti se adolescenti spíše drželi v největším zastoupení v kategorii *velmi důležité* s absolutním počtem u dívek $n = 40$, u chlapců $n = 43$. Štěstí má pro každého subjektivní význam a u adolescentů je patrné, že mírně koreluje s předchozím grafem, vyjadřujícím scházení se s přáteli mimo vlastní domov. To je pro tento věk významná hodnota, která svědčí o důležitém utváření své identity mezi svými vrstevníky a zároveň volání po svobodě s pocitem krátkého odloučení od rodičů.

Graf č. 4 Jak je pro tebe důležité být šťastný? (vlastní zdroj)



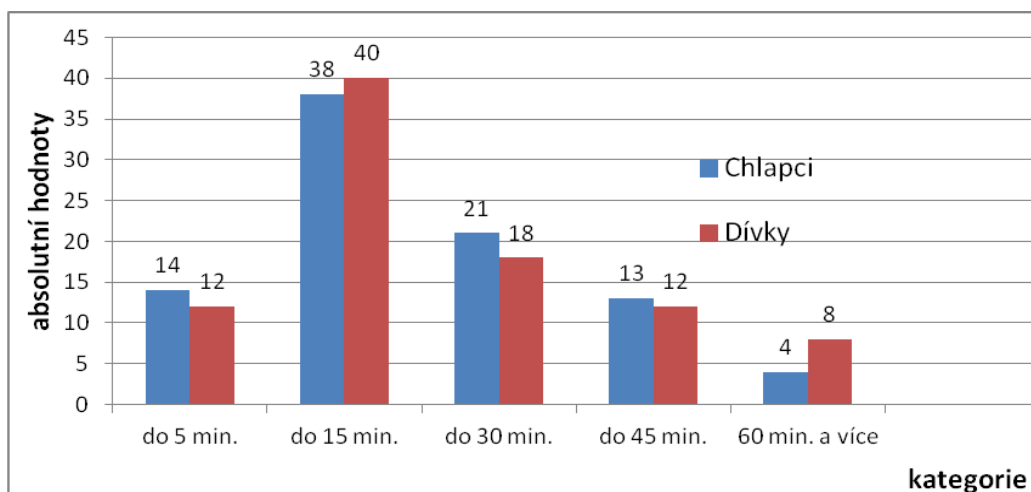
Graf číslo 5 vyjadřuje spokojenost adolescentů se svými vztahy jak v rodině, tak s přáteli. Ve většině případů je jak u dívek $n = 56$, tak u chlapců $n = 65$ vyjádřená absolutní spokojenost. Toto vyjádření svědčí o pozitivním přístupu ke vztahům, které jsou důležitým socializačním prvkem pro tuto skupinu. Otázkou zůstává, proč jsou zde ve vztazích více spokojenější chlapci právě v tomto věku.

Graf č. 5 Jak jsi spokojen se vztahy v rodině a s přáteli? (vlastní zdroj)



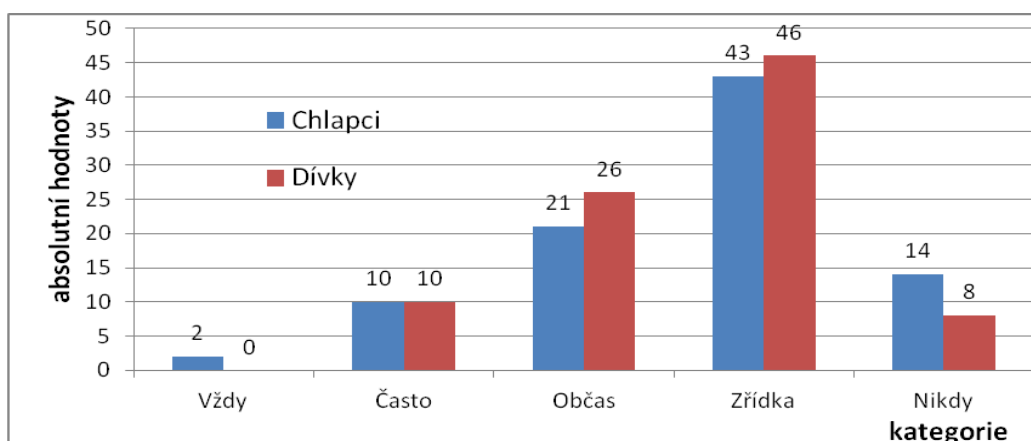
Cirkadiální rytmy

Graf č. 6 Za jak dlouhou dobu nejčastěji usínáte ve všedních dnech školní docházky? (vlastní zdroj)



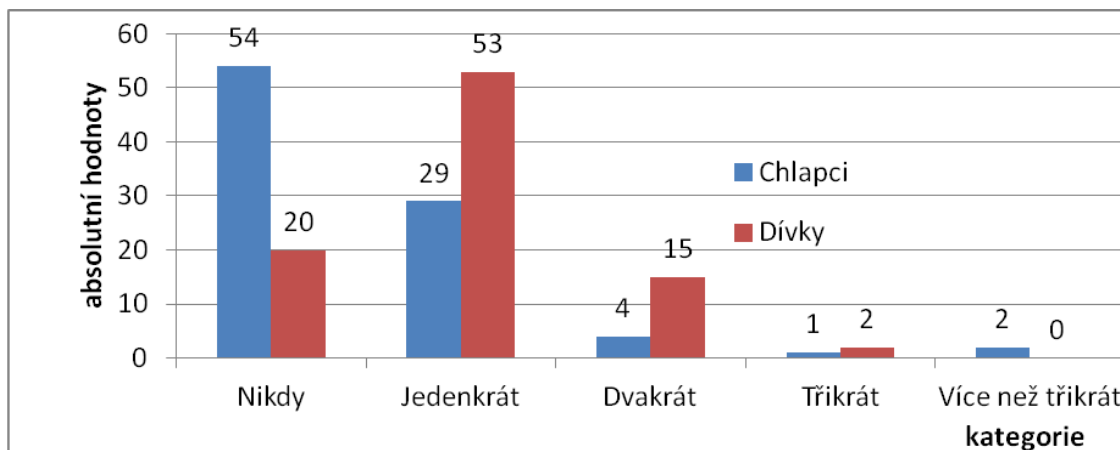
Většina adolescentů, v absolutních hodnotách $n = 40$ dívek, $n = 38$ chlapců, usíná do 15 minut po ulehnutí, ale objevili se i jedinci, kteří mají problémy usnout. Do 15 minut je zcela normální a běžná praxe usínání, tyto skupiny se drží tedy v normálních hodnotách.

Graf č. 7 Jak často míváte problémy s usínáním ve všedních dnech? (vlastní zdroj)



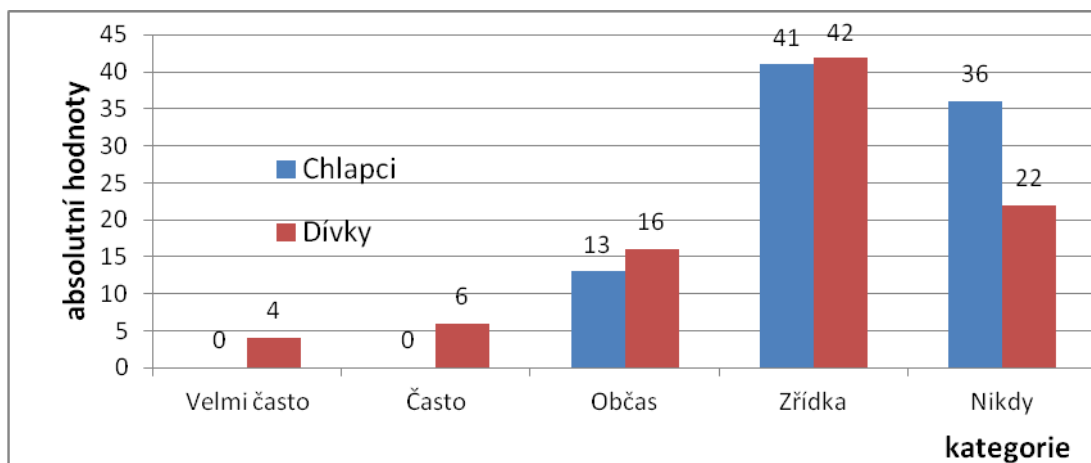
Graf č. 7 vykazuje nízké problémy adolescentů s usínáním. Z grafu je patrné, že adolescenti v absolutním počtu $n = 46$ dívek a $n = 43$ chlapců pouze zřídka má někdy problémy. Tyto výsledky ukazují na zdravou skupinu adolescentů.

Graf č. 8 Kolikrát za noc se probouzí? (vlastní zdroj)



Graf č. 8 znázorňuje, že $n = 54$ chlapců a $n = 20$ dívek spí celou noc bez probuzení. Zato dívky se probouzí nejčastěji jedenkrát za noc v celkovém počtu $n = 53$ a dvakrát $n = 15$. Z toho můžeme odvodit, že dívky jsou nějakým způsobem více či méně ze spánku rušeny, a to buď sny, pocitem žízně, potřebou dojit na toaletu či jinými faktory. V této oblasti jsou dívky více senzitivnější než-li chlapci.

Graf č. 9 Jak často hovoříte se svou rodinou o spánku? (vlastní zdroj)



Graf č. 9 ukazuje, že dívky častěji hovoří se svou rodinou o spánku, i když také v nízkém zastoupení $n = 4$. Chlapci si v této oblasti udržují odstup. Stále však převládají nejvyšší počty v podobném zastoupení u obou skupin v kategorii *zřídka* a *nikdy*. To svědčí také o tom, že obě tyto skupiny nepokládají své sny či spánek za hlavní téma rozhovoru.

Tabulka č. 1. Korelace mezi sociálními aspekty a cirkadiánními rytmy (vlastní zdroj)

kategorie	% sociální aspekty	% cirkadiánní rytmy
nejvíce příznivý	49,25	17,45
příznivý	34,2	35,35
průměrný	12,35	18,55
nepříznivý	2,75	18,25
nejvíce nepříznivý	1,45	10,25
	celková korelace	0,471247558

Tabulka č. 1. ukazuje vzájemnou souvislost mezi sociálními aspekty a cirkadiánními rytmy. Korelace se ukázala jako střední. To znamená, že sociální aspekty se vzájemně ovlivňují s cirkadiánními rytmy jen z části.

Závěr

Z výzkumu vyplývá, že adolescenti se pohybují nejvíce v kategorii sociální oblasti v hodnotách *nejvíce příznivý a příznivý*. Tyto hodnoty ukazují na zdravé vztahy u adolescentů, které se projevují v interakci s rodiči, s přáteli, s celkovou spokojeností vztahů a s pocitem štěstí. U cirkadiánních rytmů se výsledky výzkumu projevují nejvíce v kategorii *příznivý* a dále v *průměrné a nepříznivé* kategorii, viz tabulka č. 1. Z toho můžeme usoudit, že tato oblast u adolescentů je v nižší úrovni, než oblast sociálního zdraví. V celkovém pohledu však u cirkadiánních rytmů převažují příznivé hodnoty. Korelace těchto dvou zkoumaných oblastí se pohybuje ve střední hodnotě a ukazuje jen na nepatrné vzájemné ovlivnění pouze některých zjišťovaných vztahů. Výzkum nám poukázal, že zkoumaná skupina adolescentů se pohybuje v pozitivních hodnotách u sociálních vztahů a u cirkadiánních rytmů převažují průměrné hodnoty.

Použitá literatura

- [1] ILLNEROVÁ, H. 1996. Nález dalších biologických hodin u savců? In *Přírodovědecký časopis Vesmír*. ISSN 1214-4029, 75, 405, 1996/7.
- [2] MACEK, P. 2003. *Adolescence*, 2. Upr. vydání. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
- [3] MAHÉŠVARÁNANDA, P. 2006. *Systém jóga v denním životě*, 1. Vydání. Praha: Mladá fronta, 2006. 446 s. ISBN 80-204-1277-8.
- [4] MATOUŠEK, J. 2003. Vliv světla a osvětlení na člověka [online]. 2003. [cit. 2011-02-10]. Dostupné na internetu: <http://www.tzb-info.cz/1794-vliv-svetla-a-osvetleni-na-cloveka>. ISSN 1801-4399
- [5] MÍČEK, L. 1984. *Duševní hygiena*, 1. Vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 208 s. ISBN nevedeno.
- [6] NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. 1997. *Poruchy spánku a bdění*, 1. Vydání. Praha: Maxdorf, 1997. 256 s. ISBN 80-85800-37-3.

- [7] PLHÁKOVÁ, M. 2007. *Učebnice obecné psychologie*, 1. Vydání. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
- [8] PLOCKI, A., TLUSTÝ, P. 2007. *Pravděpodobnost a statisti.*, 1. Vydání. Praha: Prometheus, 2007. 307 s. ISBN 80-7196-330-5.
- [9] ŠPÉROVÁ, L. 2008. *Cirkadiánní rytmy u člověka: bakalářská práce*. Brno: Přírodovědecká fakulta, 2008. 62 s.
- [10] VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*, 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2007. 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.
- [11] VOJTOVÁ, P. 2010. Social Health – Way to Improve Multicultural Education. In Adequate Movement Regime and Bio-Psycho-Social Determinants of Active Life Style. KREJČÍ, M. (ed.). České Budějovice: University of South Bohemia, 2010. S. 117-125. ISBN 978-807394-239-7.

Adresy autorů

Bc. Iveta Vašinová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Jeronýmova 10, 371 15

e-mail: iveta.vasinova@email.cz

Bc. Tomáš Křest'an

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta

Jeronýmova 10, 371 15

e-mail: tomaskrestan@gmail.com

Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta, Katedra výchovy ke zdraví

Dukelská 9, 371 15,

e-mail: pvojtova@pf.jcu.cz

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ NA PROTIALKOHOLICKEJ LIEČBE Z POHLADU PACIENTA

Michaela Vicáňová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s alkoholickou závislosťou má byť zamerané na podporu ich rozhodnutia viesť zdravý životný štýl bez alkoholu. Cieľom príspevku je prezentovať význam ošetrovateľskej starostlivosti u liečených pacientov s alkoholickou závislosťou a poukázať na skutočnosť ako starostlivosť vnímajú samotní pacienti.

Metódy: Údaje, ktoré sme v práci použili boli získané z anonymného dotazníka vlastnej konštrukcie, ktorý sme rozдали pacientom liečeným na protialkoholickú liečbu v zdravotníckych zariadeniach.

Výsledky: Na základe analýzy získaných údajov sme zistili, že pacienti liečení na protialkoholickú liečbu vnímajú ošetrovateľskú starostlivosť ako účinnú a uvedomujú si, že abstinencia je pre nich jedinou správnou cestou.

Záver: Vzhľadom na závažné dôsledky alkoholizmu na život a zdravie človeka sa javí ako ideálny multidisciplinárny prístup k pacientom, v ktorom má ošetrovateľstvo nemalý význam. Sestry správne identifikovanými problémami pacienta a následne vhodnými intervenciami môžu zreteľne podporiť pacientovo zdravie, zdravý životný štýl.

Kľúčové slová

Ošetrovateľstvo. Zdravie. Abstinencia. Protialkoholická liečba.

NURSING CARE IN TEETOTAL TREATMENT FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW

Abstract

Introduction: Providing of nursing care to alcohol addicted patients is to be aimed at supporting the decision of patients to have a healthy lifestyle without alcohol. This article is focused on the presentation of the nursing care importance in the treatment of alcohol addicted patients and to point out how is the nursing care perceived by the patients alone.

Methods: The data used in this article have been obtained from anonymously answered own tailor-made questionnaire given to patients who were taking the teetotal treatment in health care facilities.

Results: Analysis of the obtained data has found out that the patients who were taking the teetotal treatment perceived the nursing care as efficient and realized that the abstinence is the only right way for them.

Conclusion: Considering the serious impact of alcohol consumption on the human life and health the multidiscipline approach to the patients seems to be an ideal one, in which the nursing care is of certain importance. The nurses can articulately support the patient's health and healthy lifestyle by correct identification of patient's problem and by consequent proper intercession.

Key words

Nursing care. Health. Abstinence. Teetotal treatment.

Úvod

Problematika zneužívania alkoholu by sa mala stať súčasťou aktívneho pôsobenia nielen v zdravotníctve a celej spoločnosti, ale i jednotlivcov. Výchovu k zdravému spôsobu života treba začať už od raného detstva. Rodina je základom výchovy k triezvosti. Na ňu má nadväzovať školská výchova. V druhej polovici 20. storočia sa zistil rastúci trend pitia alkoholu na celom svete a zároveň aj vzrastanie agresie a trestnej násilnej činnosti. V súvislosti s tým sa vynorila nevyhnutná potreba zintenzívniť aj psychiatrickú starostlivosť o ľudí zneužívajúcich alkohol (Kafka et al., 1998).

Ciele súčasného ošetrovateľstva sú vyjadrené v myšlienke pomáhať jednotlivcovi, rodine, komunite dosiahnuť telesné, mentálne, sociálne zdravie a pohodu v súlade s ich sociálnym a ekologickým prostredím. Zároveň jedným z cieľov ošetrovateľstva je aj podpora zdravia jednotlivcov, rodín a komunit. Snahou ošetrovateľstva je vytvoriť z človeka aktívneho účastníka starostlivosti o vlastné zdravie, ktorý je poučený a ochotný sa o svoje zdravie starať. Táto myšlienka vychádza z viacerých hodnôt, napríklad z rešpektovania každej ľudskej bytosti, chápania človeka v jeho celistvosti, poznania faktorov, ktoré ovplyvňujú prežívanie zdravia a choroby, uznania potreby podporovať a udržiavať zdravie po celý život (LEMON 1, 1996). Žiaková, Bašková (2000) hovoria, že k základným cieľom ošetrovateľstva patrí podpora zdravia, prevencia ochorení, udržanie kvality života. V rámci poskytovania zdravotníckych služieb môže ošetrovateľstvo významnou mierou ovplyvňovať aj životný štýl pacientov.

Vychádzajúc z predchádzajúcich tvrdení konštatujeme, že úloha ošetrovateľstva sa pri podpore abstinencie u liečeného alkoholika počas protialkoholickej liečby zameriava na zlepšenie jeho zdravia - telesného, psychického, sociálneho. Počas fázy protialkoholickej liečby, musí pacient nadobudnúť jasný cieľ – abstinenciu. (Marková et al., 2006, Janosiková, Daviesová, 1999). Protialkoholická liečba je charakteristická tým, že v nej sú ošetrovateľské intervencie zamerané na podporu zdravého životného štýlu, konkrétne podporu abstinencie a zdravého spôsobu života. Úloha sestier a iných zdravotníckych pracovníkov spočíva v učení pacientov rozoznávať jednotlivé štádiá alkoholizmu, v pomoci pacientovi získať zdravý spôsob života, zdravý životný štýl, ktorý predstavuje novú kvalitu života. Významnou úlohou je tiež pomoc pacientovi v uvedomení si dôležitosti dodržiavania abstinencie, diskutovanie s pacientom o nácviku zručností zabezpečujúcich abstinenciu a tým udržanie zdravia. V oblasti sociálneho zdravia sa podpora prelína s pomocou redukovať sociálnu izoláciu pacienta. Dôležité je pomôcť pacientovi, aby po liečbe alkoholizmu bol schopný zvyknúť si

na iné schémy správania, naučiť sa dodržiavať abstinenciu v bežnom prostredí, do ktorého sa po absolvovaní liečby naspäť vráti, a zároveň vyčleniť sa z bývalého negatívneho sociálneho prostredia. Poslaním sestry je nepochybne aj nadviazať s pacientom kontakt založený na dôvere, pričom výsledkom je pacientova ochota hovoriť o svojich problémoch. Sestra a ani iní zdravotnícki pracovníci nemajú kritizovať a odsudzovať pacienta zneužívajúceho alkohol. Ošetrovateľská starostlivosť má byť zameraná na poskytnutie základnej ošetrovateľskej starostlivosti vyplývajúcej z pacientovho zdravotného stavu. Ďalej je nevyhnutné zabezpečiť potrebnú bezpečnosť pacienta a v neposlednom rade aj odbornú lekársku pomoc. Súčasne sa ošetrovateľské intervencie majú dotýkať aj poskytnutia odborných informácií pacientovi o tom, čo sa s ním deje (Dóci, 2004). Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti má sestra využívať svoje vedomosti a zručnosti na posúdenie zdravotného stavu pacienta, na diagnostiku jeho problémov, plánovanie, realizáciu a vyhodnotenie účinku naplánovaných intervencií. Intervencie v podpore abstinencie majú smerovať na pomoc pacientovi k jeho aktívnemu podielu na starostlivosti o vlastné zdravie.

Cieľ prieskumu

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť a posúdiť, ako pacienti vnímajú ošetrovateľské intervencie poskytované počas protialkoholického liečby. Zároveň sme chceli posúdiť spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou počas protialkoholického liečby na začiatku ich abstinencie.

Súbor a metódy

Skúmaný súbor bol tvorený pacientmi, ktorí boli hospitalizovaní v zdravotníckych zariadeniach na protialkoholického liečbe. Celkový počet pacientov predstavoval 202 respondentov. Štatistickým spracovaním tohto počtu respondentov sme dospeli k týmto výsledkom: priemerný vek pacientov je 43,6 rokov. Minimálny vek respondentov bol 18 rokov, a maximálny vek respondentov bol 70 rokov. Respondenti mužského pohlavia boli zastúpení v dvoch tretinách z celkového počtu respondentov (74,3 %), respondenti ženského pohlavia predstavovali len jednu tretinu respondentov (25,7 %). Výskum bol realizovaný v týchto zdravotníckych zariadeniach: Psychiatrická nemocnica, Veľké Zálužie, Odborný liečebný ústav psychiatrický, n.o. Predná Hora, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok, Psychiatrická nemocnica, n.o. Michalovce, Centrum pre liečbu drogových závislostí, Považský Chlmec, Centrum pre liečbu drogových závislostí, Banská Bystrica, Liečebňa Rieka, s.r.o. Šútovo, Psychiatrická liečebňa, Sučany.

Prieskum bol realizovaný vo vybraných zdravotníckych zariadeniach v čase od augusta 2010 do decembra 2010. Dotazníky boli administrované kombinovaným spôsobom. Bolo ozdaných 230 dotazníkov, vrátilo sa 205 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 89,13 %. Zo súboru 205 pacientov sme pre neúplné vyplnenie dotazníka vylúčili 3 dotazníky, čo predstavuje konečný počet respondentov v tomto súbore 202 pacientov.

Na získanie podstatných údajov bola použitá exploračná metóda výskumu – dotazník, ktorý bol zostavený realizátorom prieskumu. Dotazník bol tvorený 20 otázkami. Otázky boli formulované ako zatvorené (8), polootvorená (1) a otvorená (1). Štyri položky boli škálované

na 4 a 5-stupňovej škále (položky č. 6, 7, 8, 9). Na konci dotazníka bolo uvedených 6 kategorizačných otázok.

Na spracovanie údajov bola použitá jednorozmerná deskriptívna štatistika. Výsledky uvádzame v tabuľkách v absolútnych a relatívnych početnostiach, z opisných charakteristík je použitý aritmetický priemer, smerodajná odchýlka, minimum, maximum.

Výsledky

Z realizovaného prieskumu uvádzame výsledky jednotlivých otázok dotazníka.

Tabuľka 1 Spokojnosť pacientov s aktivitami, ktoré vykonávajú počas hospitalizácie

Odpoveď pacientov	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť[%]
Veľmi nespokojný/á	2	1,0
Nespokojný/á	12	5,9
Ani nespokojná/á, ani spokojný/á	24	11,9
Spokojný/á	126	62,4
Veľmi spokojný/á	38	18,8
Spolu	202	100,0

Podľa vyjadreného názoru pacientov v tejto položke konštatujeme, že významne prevažuje spokojnosť pacientov s aktivitami, ktoré vykonávajú počas hospitalizácie. „Spokojných“ a „veľmi spokojných“ pacientov bolo 164 (81,2 %). Nespokojných pacientov bolo len 14 (6,9 %) a k danému faktu sa nevedelo vyjadriť 24 (11,9 %) pacientov.

Tabuľka 2 Spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorú im poskytujú sestry

Odpoveď pacientov	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť[%]
Veľmi nespokojný/á	3	1,5
Nespokojný/á	3	1,5
Ani nespokojný/á, ani spokojný/á	25	12,4
Spokojný/á	108	53,5
Veľmi spokojný/á	63	31,2
Spolu	202	100,0

Väčšina pacientov z nášho sledovaného súboru sa vyjadrila, že s ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovanou sestrami sú spokojní. Do tejto skupiny pacientov radíme tých, ktorí odpovedali možnosťou odpovede „spokojný/á“, „veľmi spokojný/á“. Ide

o 171 pacientov, t.j. 84,7 %. V skupine pacientov, ktorí boli s prácou sestier nespokojní bolo len 6 respondentov. Niektorí pacienti hodnotili danú otázku spôsobom odpovede „ani nespokojný/á, ani spokojný/á – 25 respondentov (12,4 %).

Tabuľka 3 *Stupeň dôležitosti pripisovaní pacientmi aktivitám, ktoré vykonávajú počas hospitalizácie*

Odpoveď pacientov	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť[%]
Nie sú vôbec dôležité	2	1,0
Nie sú dôležité	6	3,0
Neviem sa vyjadriť	16	7,9
Sú dôležité	97	48,0
Sú veľmi dôležité	81	40,1
Spolu	202	100,0

Podľa odpovedí na položku, v ktorej sme sledovali, akú dôležitosť pripisujú pacienti samotným vykonávaným aktivitám počas protialkoholickéj liečby sme zistili, že až 178 pacientov (88,1 %) pripisuje aktivitám, ktoré vykonávajú v rámci liečby alkoholickéj závislosti dôležitosť a veľkú dôležitosť. Osem pacientov (4,0 %) nepovažuje aktivity za dôležité. K tejto skutočnosti sa nevedelo vyjadriť 16 pacientov, t.j. 7,9 %.

Tabuľka 4 *Názor pacientov na poskytnutú pomoc zo strany sestier*

Štatistika	Odpovede na výrok 4
Počet pacientov	201
Aritmetický priemer	4,48
Smerodajná odchýlka	0,895
Minimum	1
Maximum	1

Pacienti mali vyjadriť súhlas či nesúhlas s predloženým výrokom 4: Som presvedčená/ý, že zo strany sestier mi je poskytnutá potrebná pomoc. Pacienti vyjadrili svoju odpoveď na 5-bodovej škále, pričom 1 znamenala odpoveď „nesúhlasím“, 2 „skôr nesúhlasím ako súhlasím“, 3 „neviem posúdiť“, 4 „skôr súhlasím ako nesúhlasím“, 5 „súhlasím“. Konštatujeme, že pacienti vo veľkej miere vyjadrili súhlas s predloženým výrokom, pretože hodnota ich odpovedí dosiahla hodnotu $\bar{x} = 4,48$, $s = 0,895$ v 5-bodovej škále, z čoho jednoznačne vyplýva, že pacienti sú presvedčení o tom, že zo strany sestier im je poskytnutá maximálna pomoc, starostlivosť.

Výrok 5: Ako často máte pocit, že by bolo lepšie, keby ste neboli hospitalizovaná/ý?

Výrok 6: Prežívate zo strany sestier aj odsudzovanie a negatívnu kritiku?

Výrok 7: Ako často Vás uspokojujú aktivity, ktoré robíte počas hospitalizácie?

Tabuľka 5 Odpovede pacientov na položky 5, 6 a 7

Štatistika	Odpovede na výrok 5	Odpovede na výrok 6	Odpovede na výrok 7
Počet pacientov	201	201	202
Aritmetický priemer	1,55	1,68	2,94
Smerodajná odchýlka	0,767	0,735	0,662
Minimum	1	1	1
Maximum	4	4	4

Ďalej sme chceli zistiť názor pacientov na prístup sestier voči nim, výskyt prejavov prípadnej kritiky, či odsudzovania pacientov, znechutenie pacientov hospitalizáciou a v kontrolnej otázke sme zisťovali, či sú pacienti spokojní s aktivitami, ktoré vykonávajú počas hospitalizácie. Svoje odpovede pacienti vyjadrili na 4-bodovej škále, pričom 1 znamenala odpoveď „nikdy“, 2 „občas“, 3 „často“, 4 „vždy“. Na dané výroky prevažovali odpovede pacientov v zmysle „nikdy“ a „občas“. Čiže, priemerná hodnota pacientových odpovedí na výrok, či pacienti prežívali nespokojnosť s hospitalizáciou a bolo by lepšie, ak by neboli hospitalizovaní, dosahovala hodnotu $\bar{x} = 1,55$ $s = 0,767$, na výrok, či vnímajú zo strany sestier odcudzovanie a negatívnu kritiku, odpoveď dosahovala hodnotu $\bar{x} = 1,68$, $s = 0,735$ a na výrok, či ich uspokojujú vykonávané aktivity počas hospitalizácie sme získali výsledky, $\bar{x} = 2,94$ $s = 0,662$.

Tabuľka 6 Vnímanie podpory pacientov zo strany zdravotníckych pracovníkov

Odpoveď pacientov	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť[%]
Od lekára	65	32,2
Od sestier	33	16,3
Od psychológa	103	51,0
Od príbuzných	77	38,1
Od iných	19	9,4

Na poloopenú otázku, od koho pacienti pociťujú najväčšiu podporu (pomoc) počas hospitalizácie, nám odpovedali nasledovne: polovica pacientov uviedla pomoc od psychológa – 103 (51,0 %), potom postupne od príbuzných – 77 (38,1 %), lekára 65 (32,2 %) a až potom nasleduje pomoc zo strany sestier. Túto odpoveď si vybralo len 33 (16,3 %)

pacientov. Devätnásť pacientov (9,4 %) si vybralo možnosť odpovede „od iných“ s tým, že mali uviesť, ktorá je ich podporná osoba. Vyskytol sa medzi nimi 1 pacient (0,5 %), ktorý pociťuje najväčšiu podporu „od seba samého“, 1 pacient (0,5 %) pociťuje podporu „od stretnutia s už liečenými abstinujúcimi alkoholikmi“ a 16 pacientov (7,9 %) pociťuje najväčšiu podporu „od spolupacientov“.

Diskusia

V našom prieskume sme upriamili pozornosť na skutočnosť, ako pacienti vnímajú vykonávané aktivity počas protialkoholického liečby a či ich považujú za dôležité. Až 178 (88,1 %) pacientov si myslí, že vykonávané aktivity sú dôležité. Analýza odpovedí, týkajúcich sa spokojnosti pacientov s vykonávanými aktivitami počas hospitalizácie nás priviedla k zisteniu, že pacienti vykazujú spokojnosť s aktivitami – 164 (81,2 %), nespokojnosť vyjadrilo 14 (6,9 %) pacientov. V kontrolnej otázke sme sledovali odpovede pacientov na vyjadrenie uspokojenia z vykonávaných aktivít počas hospitalizácie – pacienti vyjadrili uspokojenie z vykonávaných aktivít (výrok 7, $\bar{x} = 2,94$, $s = 0,662$). Keďže dôsledné vykonávanie aktivít zameraných na riešenie alkoholického závislosti má nezastupiteľný význam v protialkoholického liečbe, zisťovali sme u pacientov aj spokojnosť s vykonávaním týchto aktivít a hodnotenie účasti sestier pri ich vykonávaní pacientmi. Pacienti vyjadrili presvedčenie, že zo strany sestier im je poskytnutá potrebná pomoc (výrok 4, $\bar{x} = 4,48$, $s = 0,895$). Spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorú poskytujú sestry vyjadrilo 171 (84,7 %) pacientov, a len 6 (3,0 %) pacientov vyslovili nespokojnosť. Bártlová, Hnilicová (2000) konštatujú, že úroveň spokojnosti pacienta je závislá najmä od toho, akej povahy je jeho ochorenie. Dôraz kladnú najmä na skutočnosť, že *pacienti požadujú osobný prístup od lekárov a sestier k svojej osobe*. Pacienti následne hodnotia poskytované služby a vytvárajú mieru svojej spokojnosti s poskytovanou starostlivosťou. S týmto tvrdením môžeme v našej práci súhlasiť vtedy, ak pacienti, ktorí sú na protialkoholického liečbe, sú k svojmu stavu kritickí a aktivity počas hospitalizácie chápu ako potrebnú pomoc. Popri zistení spokojnosti pacientov na protialkoholického liečbe s ošetrovateľskou starostlivosťou sme považovali za potrebné tiež zistiť, či pacienti pociťujú zo strany sestier negatívne a nevhodné správanie voči ich osobe. Pri stanovení predpokladu a otázky v dotazníku, že pacienti sa počas hospitalizácie môžu stretnúť zo strany sestier aj s negatívnymi prejavmi sme vychádzali z teoretických vedomostí, ktoré opisujú Janosiková, Daviesová, (1999). U sestier, ktoré pracujú s pacientmi závislými na alkohole môže obraz závislosti vyvolať negatívne postoje, prejavujúce sa až ignoráciou. Mali by si však uvedomiť, že pacienti vycítia ich negatívne postoje a morálnu nadradenosť. Práca s alkoholikmi je veľmi náročná, pretože ide o ľudí zručných v klamaní, ktorí sú mimoriadne dômyselní, ak chcú uspokojiť svoje potreby. Na zistenie tejto skutočnosti u našich pacientov sme do dotazníka zaradili otázky, ktoré zisťovali prístup sestier, prejavy prípadnej kritiky, či odsudzovania pacientov z ich strany a znechutenie pacientov s hospitalizáciou. Pacienti tieto negatívne prejavy vnímajú zo strany sestier občas, prípadne nikdy (výrok 6 $\bar{x} = 1,68$, $s = 0,735$). Zároveň sme pacientom položili otázku, či prežívajú nespokojnosť s hospitalizáciou a bolo by bolo lepšie, ak by neboli hospitalizovaní. Pri tejto otázke prevažovali odpovede „nikdy“ a „občas“ (výrok 5 $\bar{x} = 1,55$, $s = 0,767$). Autori, ktorí popisujú ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov so závislosťou pripomínajú, že

poskytovanie ošetrovateľských intervencií pacientom na protialkoholickú liečbu má byť vedené tak, že sestra si najskôr uvedomí často krát dlhodobé zneužívanie alkoholu pacientom, a to, že stav u takéhoto pacienta nie je možné zvrátiť za krátky čas. Terapeutická atmosféra sa môže zlepšiť len vtedy, keď sestry pacientov nehodnotia a akceptujú ich takých, akí sú. Cieľom starostlivosti je podporiť pacienta na spoluprácu a ochotu prevziať zodpovednosť za vlastné zdravie, podporiť pacienta v bezproblémovom návrate a zapojení do rodinného, pracovného prostredia, zabránenie relapsu a komplikácií, získanie sebadôvery (Janosiková, Daviesová, 1999, Tomagová, 2006, Ciešlik, Grzywna, 2007). Z nášho výskumu sú zarážajúce výsledky, že pacienti síce vyjadrili spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou zo strany sestier a s negatívnymi prejavmi sa z ich strany sa takmer nestretávajú, ale na otázku, od koho pociťujú najväčšiu pomoc, podporu počas hospitalizácie pacienti odpovedali, že v prvom rade sú to psychológovia (51,0 %), potom príbuzní (38,1 %), lekár (32,2 %) a až potom nasleduje pomoc zo strany sestier. Túto odpoveď si vybralo z celkového počtu odpovedí len 16,3 % pacientov. Domnievame sa, že tento názor môže vychádzať z toho, ako sú sestry vnímané zo strany pacientov. Zaužívaným názorom pacientov je myšlienka, že sestry sú osoby, ktoré len vykonávajú ordinácie lekára a činnosti zamerané predovšetkým na telesné zdravie. Pritom „*ošetrovateľská prax má nezávislé a kooperatívne funkcie, ktoré pomáhajú jednotlivcom, skupinám a rodinám dosiahnuť optimálny biologický, sociálny osobný a duchovný stav.*“ (Farkašová et al., 2005, s. 13) Povoláním sestier je pomáhať jednotlivcom, rodinám, skupinám uspokojiť aktuálne potreby a dosahovať maximálne telesné a aj psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú (Mastiliaková, 2005). Cieľom protialkoholickú liečby a ošetrovateľskej starostlivosti je dosiahnutie úplnej a trvalej abstinencie. A aj sestra má významnú úlohu pri riešení problémov spojených s alkoholickou závislosťou. Jej činnosť zahŕňa identifikovanie problémov rozvinutej alkoholickú závislosti, zostavenie a realizáciu vhodného plánu, vrátane podpory motivácie. Aj keď vzhľadom na časté odmietanie a priznanie si problémov pacientom, absolvovanie liečby býva problematické a mnohokrát motivácia pacienta plnohodnotne dozrieva až v neskôr (Tomagová, 2006). Teda sestry majú v rámci protialkoholickú liečby jasnú úlohu. „*Úlohou sestier je nadviazať s pacientom kontakt tak, aby pacient mal k personálu dôveru, aby bol ochotný o svojich problémoch rozprávať. Sestry zabezpečujú takmer celodenný program pacientov – pracovnú terapiu, edukáciu, možná je aj muzikoterapia, biblioterapia, športové aktivity.*“ (Dóci, 2004, s. 195) Aj Hyman (2006) na základe výsledkov svojho výskumu konštatuje, že kontrola a podpora zdravia sú základnými úlohami sestier v poskytovaní starostlivosti pacientom s alkoholickou závislosťou. Autorka sa vo svojej štúdií zamerala na zistenie postavenia sestier v poskytovaní intervencií pacientom s alkoholickou závislosťou, pričom zvýraznila úlohu sestier v starostlivosti o týchto pacientov.

Záver

Neodmysliteľnou súčasťou pomoci ľuďom, ktorí alkoholu prepadli, je profesionálna pomoc, ktorá je zameraná jednak na liečbu akútnych stavov a neskôr na vytvorenie náhľadu pacienta na alkoholizmus ako na zdravotný problém, s ktorým sa mu dá pomôcť. Nemenej dôležitou súčasťou liečby je správna motivácia a jej podpora. Tá má u pacientov so závislosťou

jednoznačne viesť k abstinencii. Je len na samotnom človeku ako sa k svojej pozícii pacienta postaví. Zámerom nášho príspevku bolo zistiť, či ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú liečeným abstinujúcim alkoholikom považujú pacienti za efektívnu. Zistenia nás vedú k záveru, že pacienti vnímajú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú pacientom na protialkoholickéj liečbe ako účinnú a pacienti si uvedomujú, že abstinencia je pre nich jedinou správnu cestou. Udržať ich motiváciu k zmene správania, životného štýlu, k abstinencii je dôležitou súčasťou liečby. Vzhľadom na závažné dôsledky alkoholizmu na život a zdravie človeka sa javí ako ideálny multidisciplinárny prístup k pacientom, v ktorom má ošetrovateľstvo nemalý význam.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BÁRTLOVÁ, S. – HNILICOVÁ, H. 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno : IPVDPVZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
- [2] CIEŚLIK, A. – GRZYWNA, T. 2007. Opieka nad pacjentem z zaburzeniami spowodowanymi substancjami psychoaktywnymi. In WILCZEK-RUZYCZKI, E. 2007. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin : Wydawnictwo Czelej Sp. z o. o.. 2007. ISBN 978-83-60608-71-5, 127 – 134.
- [3] DÓCI, I. 2004. Zneužívanie psychotropných látok. In Kafka, J. et al. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice : Mercury – Smékal, s.r.o., 2004. ISBN 80-89203-01-9, s. 186 – 195.
- [4] FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- [5] HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta. 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- [6] HYMAN, Z. 2006. Brief interventions for high-risk drinkers. In *Journal of Clinical Nursing*. [on line]. Volume 15, Issue 11, pages 1383–1396, November 2006, 30.8.2006 [cit. 2011-03-18]. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.11/j.1365-2702.2006.01458.x/full>.
- [7] JANOSIKOVÁ, E. – DAVIESOVÁ, J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- [8] KAFKA, J. et al. 1998. *Psychiatria*. Martin : Osveta. 1998. 255 s. ISBN 80-88824-66-4.
- [9] LEMON I. UČEBNÍ TEXTY PRO SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY. 1996. Brno: IDVPZ, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
- [10] MARKOVÁ, E. et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [11] MASTILIAKOVÁ, D. 2005. *Úvod do ošetrovateľství I*. Praha : Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- [12] TOMAGOVÁ, M. 2006. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o duševne chorých. In HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta. 2006. ISBN 80-8063-213-8, s. 220 – 229.

- [13] WILCZEK-RUZYCZKI, E. 2007. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin : Wydawnictwo Czelej Sp. z o. o. 2007. 228 s. ISBN 978-83-60608-71-5.
- [14] ŽIAKOVÁ, K. – BAŠKOVÁ, M. 2000. Podpora zdravia a prevencie ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In *Moderný medicínsky manažment*. ISSN 1335-2326, 2000, roč. 7, č. 3, s. 2-7.

Adresa autora

PhDr. Michaela Vicánová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: vicanova@ku.sk

ASPEKTY ZDRAVIA V ŠTANDARDNEJ TERMINOLÓGII OŠETROVATEĽSTVA

Gabriela Vörösová, Andrea Solgajová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Metaparadigmatické vymedzenie predmetu skúmania ošetrovateľstva sa uskutočňuje v súčasnej dobe pomocou štyroch základných pojmov okrem osoby, prostredia a ošetrovateľskej starostlivosti tam patrí aj zdravie. Zdravie je definované ako stav pohody (well-being) osoby ako príjemcu ošetrovateľskej starostlivosti v čase ošetrovania. Daný stav sa môže u príjemcu pohybovať v rozmedzí od jeho najvyššieho stupňa až po prítomnosť terminálneho ochorenia. Ošetrovateľstvo ako teoreticko-praktická disciplína zohľadňuje okrem teoreticko-výskumných cieľov aj prakticko-klinické ciele a to v ošetrovateľskom procese zachovať zdravie a kvalitu života, resp. eliminovať chorobu pacienta. V kognitívnej štruktúre ošetrovateľstva nachádzame jej jazykovú a činnostnú stránku. Ide o horizontálnu a vertikálnu stránku vedy, ktorá sa premieta do odbornej terminológie. Štandardizovaný jazyk ošetrovateľstva zahŕňa aspekty zdravia a rieši ich prostredníctvom klasifikačných systémov napr. NANDA, NIC, NOC, POP.

Kľúčové slová

Zdravie, ošetrovateľstvo, metaparadigma, klasifikačné systémy.

ASPECTS OF HEALTH IN THE STANDARD TERMINOLOGY OF NURSING

Abstract

Nowadays, the meta-paradigmatic definition of the nursing research field has been realized mainly through four basic terms including a person, environment, nursing care, and health. Health is defined as a state of well-being of a person as a receiver of nursing care in the time of treatment. The condition can occur in a receiver in the range from its highest level to the presence of a terminal illness. Nursing as a theoretical-practical discipline regards the theoretical-research goals as well as the practical-clinical goals, i.e. to maintain health and quality of life, or eliminate the patient's disease in nursing process. In the cognitive structure of nursing we find its language and activity aspects. The horizontal and vertical aspects of the science are reflected in the professional terminology. The standardized language of nursing includes all the aspects of health and deals with them through the classification systems such as NANDA, NIC, NOC, and POP.

Key words

Health, nursing, metaparadigm, classification systems.

Úvod

V oblasti zdravia na riešenie potrieb, problémov, deficitov u pacienta sestra môže využiť v celosvetovom meradle známe klasifikačné systémy ošetrovateľstva. Štandardná terminológia a vývoj klasifikačných systémov ošetrovateľstva je predpokladom medzinárodného ošetrovateľstva postupovať jednotne vo fázach ošetrovateľského procesu. Ošetrovateľstvo ako veda práve týmto dokladá svoj obsah, vymedzuje rozsah ošetrovateľskej praxe to čo sestry robia v prospech zdravia osoby, rodiny a komunity. Rozvoj a používanie štandardnej terminológie je jedným zo základných znakov ošetrovateľskej profesie v 21. storočí. Najznámejší základný klasifikačný systém je NANDA International (North American Association for Nursing Diagnosis International). Nadväznosti vznikali ďalšie klasifikačné systémy NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), Aliancia NNN (NANDA, NIC, NOC) ICNP (International Classification of Nursing Practice), Omaha, POP® (PraxisOrientierte Pflegediagnostik) a iné. Tieto terminologické projekty jasne vymedzujú profesiu, jej rozsah, podporujú používanie informačných technológií, sú predpokladom kvality starostlivosti, výskumu, vzdelávania a podporujú vzájomnú komunikáciu medzi sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi. Ošetrovateľská terminológia je otvorená, živá a vyvíjajúca sa problematika. Tvorba klasifikačných systémov používaných v ucelenej podobe sa objavuje v 70-tych rokoch 20. storočia (Krišková a kol. 2006, s.716). Rozvoj a podpora ich uvádzania do praxe prebieha v súčasnosti na medzinárodnej úrovni pod koordináciou ACENDIA (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes), WENR (Workgroup of European Nurse Researchers) a ICN (International Council of Nurses) (Mastiliaková, 2002, s. 54-55; Marečková, 2006, s. 16). V roku 2001 sa konala prvá konferencia aliancie NNN, podporená grantom Národnej lekárskej knižnice USA, na ktorej bol pripravený návrh spoločnej taxonomickej štruktúry NANDA, NIC a NOC. V podmienkach Rakúska v roku 2009 autorský kolektív Stefan et al. predkladá POP klasifikáciu. Kukurová, Vlčák et al. (2009, s.113) uvádzajú systematizácia ošetrovateľskej terminológie sa uskutočňuje cez informačné komunikačné štandardy napr. referenčný informačný model Health Level 7, model referenčnej terminológie pre ošetrovateľstvo – ISO 18104 F Health Informatics, základný súbor dát zdravotníckej štatistiky MDS (Minimum Data Set), systematizované názvoslovie medicíny SNOMED - CT, súhrnný index ošetrovateľskej a zdravotníckej literatúry CINAHL a pod.

Klasifikačný systém NANDA

Marečková (2006, s. 55) uvádza spoločenské a historické špecifiká v období po druhej svetovej vojne v Spojených štátoch amerických vytvorili optimálne podmienky pre historické zmeny v ponímaní odboru ošetrovateľstvo. Došlo k zdokonaleniu teoretických prvkov, poznatky odboru sa vyvíjali a kultivovali vedným spôsobom a tak sa otvorila cesta k rozvoju ošetrovateľskej vedy. V roku 1986 ošetrovateľské diagnózy Taxonómie I. sú usporiadané podľa „9 vzorcov základných ľudských reakcií.“ Významnou udalosťou bolo v roku 1986 začlenenie ošetrovateľských diagnostických pojmov medzi položky Minimum Data Set (MDS) - Minimálny súbor dát zdravotnej štatistiky USA (Marečková, 2006, s. 58). Do taxonómie I. boli zaradené ošetrovateľské diagnózy prijaté NANDA v roku 1994 a doplnené

o tie, ktoré boli schválené v roku 1998. V roku 1998 bol predložený návrh taxonómie II., ktorý sa usiloval o komplexnosť rámcovej klasifikácie, usporiadaných podľa „11 funkčných vzorcov zdravia“, gramatické a slovné vyjadrenie ošetrovateľských diagnóz (Marečková, 2006, s. 19; Holmanová, 2008, s. 28). Nová štruktúra je v súlade so súčasnou terminológiou, ktorá je založená na vzťahovej a vecne orientovanej databáze. Základ tvorí multiaxiálny rámec zdravia jedinca, rodiny a komunity. Vyhovuje vytváraniu klinickej terminológie a má efektívnejšiu štruktúru pre zaradenie do počítačovej databázy. Obsahuje šesť východísk pre formuláciu ošetrovateľských diagnóz (1. diagnostický pojem, 2. intenzitu, 3. jednotku starostlivosti, 4. vývojové štádium, 5. latentnosť, potencialitu, 6. charakteristiku). Organizačný princíp hierarchického usporiadania ošetrovateľských diagnóz taxonómie II. úzko súvisí so vzorcami zdravia M. Gordonovej (Marečková, 2006, s. 19; Holmanová, 2008, s. 28-35). V roku 2002 bola NANDA asociácia presne po dvadsiatich rokoch od svojho vzniku premenovaná na NANDA International. Súčasná štruktúra ošetrovateľských diagnóz NANDA International Taxonómie II má tri úrovne: 13 domén, 47 tried a 222 ošetrovateľských diagnóz napr. diagnostická doména: 1: Podpora zdravia, trieda 2: Manažment zdravia, ošetrovateľská diagnóza: 00099 Neefektívne udržiavanie zdravia; doména: 4 Aktivita/odpočinok, trieda: 4 Kardiovaskulárno-pulmonálna reakcia, ošetrovateľská diagnóza: 000092 Intolerancia aktivity; doména: 12 Komfort, trieda: 1 Telesný komfort, ošetrovateľská diagnóza: 00132 Akútna bolesť (Herdman et al, 2012, s. 29-38). Medzinárodná použiteľnosť ošetrovateľských diagnóz závisí od zakomponovania lingvistických ako i kultúrnych odlišností do spoločného, unifikovaného jazyka ošetrovateľskej diagnostiky (Wake, Fehring, Fadden, 1991, s.58-59). Štúdie ošetrovateľských diagnóz sú nevyhnutné na udržanie a zdokonalenie hodnovernosti terminológie, ale i na udržanie a zdokonalenie evidence-based NANDA International Taxonómie.

Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií - NIC

Klasifikácie ošetrovateľských intervencií NIC (Nursing Interventions Classification) autorov Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman (2008, s. 3-6) patrí medzi projekty Iowskej univerzity vedené Centrom pre ošetrovateľskú klasifikáciu a klinickú efektívnosť v Spojených štátoch amerických (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness University Iowa). NIC podľa autorov je súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií (a pod ne spadajúcich činností), ktorú sestry uskutočňujú. Je používaná v klinickej dokumentácii, komunikácii počas uskutočňovanej starostlivosti, integrácii dátových systémov a súborov, efektívnom výskume, v produktivite miery hodnotenia kompetencií, v nahrádzaní a tvorení učebného plánu. Klasifikácia zahŕňa činnosti, ktoré sestry robia pre pacienta, závislé aj nezávislé, v priamej aj nepriamej starostlivosti. Intervencia je definovaná ako „každá činnosť založená na klinickom hodnotení a vedomostiach, ktoré sestra uskutočňuje na dosiahnutie želateľných výsledkov u pacienta“. NIC môže byť použitá všade (od JIS, domácej starostlivosti, hospice až po ambulantnú starostlivosť) a vo všetkých špecializáciách (od akútnej starostlivosti, cez ambulantnú až po dlhodobú starostlivosť). Súhrnná klasifikácia popisuje doménu ošetrovateľstva aj keď niektoré intervencie môžu byť vykonané aj inými poskytujúcimi. Väčšina intervencií sa používa individuálne, ale mnohé je možné použiť v rodinách a komunitách. Každá intervencia je popísaná menom, definíciou,

činnosťami/aktivitami na poskytnutie starostlivosti. V piatej edícii publikácie z roku 2008 je 542 intervencií a viac než 12 000 činností (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008, s. 3-6). Časť štandardizovaných intervencií sú názvy a definície, tieto nemôžu byť zmenené pri použití. Starostlivosť poskytovaná pomocou NIC môže byť individualizovaná cez činnosti. Zo zoznamu najmenej 10-30 činností poskytujúci vyčlení činnosti pre individuum alebo rodinu a potom môže použiť nové činnosti, ak sa tak rozhodne. Intervencie sú zoskupené do 30 tried a 7 domén, pre ľahšie použitie. 7 domén tvorí: Fyziologická – základná; Fyziologická – komplexná; Správanie; Bezpečnosť; Rodina; Zdravotnícky systém; Komunita; 30 tried (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman,2008, s. 74-91):

A – Aktivita a pohyb	P – Liečba kognitívnych porúch
B – Manažment vylúčovania	Q – Zlepšovanie komunikácie
C – Manažment imobility	R – Pomoc pri zvládaní záťaže
D – Podpora výživy	S – Vzdelávanie pacientov
E – Podpora fyzického komfortu	T – Podpora telesného komfortu
F – Podpora sebaopatery	U – Manažment krízy
G – Elektrolyty – acidobázická rovnováha	V – Manažment rizík
H – Manažment podávania liekov	W – Starostlivosť v gravidite
I – Neurologický manažment	Z – Starostlivosť o detskú populáciu
J – Perioperačný manažment	X – Celoživotná starostlivosť
K – Manažment dýchania	Y – Uľahčovanie zdravotníckych služieb
L – Manažment kože a rany	a) Manažment zdravotníckeho systému
M – Termoregulácia	b) Manažment informácií
N – Manažment vitality tkanív	c) Podpora zdravia komunity
O – Úprava správania	d) Manažment rizík komunity

Niektoré intervencie sú použité vo viacerých triedach, ale každá má osobitné číslo. NIC taxonómia bola kódovaná z týchto dôvodov: 1.použitie počítačov, 2. použitie dátovej manipulácie, 3.rozšírenie kódovacích systémov, 4.použitie náhrady. Kódy pre 7 domén (oblastí) sú 1-7, kódy pre 30 tried sú A-Z, a, b, c, d. Každá intervencia má svoje číslo pozostávajúce zo 4 častí. Aktivity sú kódované desatinne na dve miesta; napr. kompletný kód je 4 U – 6140,01. Každá trieda má 300 čísiel. Napr.: doména: 5. Rodina, trieda: W – Starostlivosť v gravidite, intervencie: Asistencia pri dojčení 1054 (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008, s. 191-192).

Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva -NOC

K vytvoreniu tohto klasifikačného systému viedol rad okolností: potreba usporiadať poznatky ošetrovateľstva, dohovoriť sa v rámci paradigmy ošetrovateľstva jednotne (príkladom z oblasti medicíny je jednotná Medzinárodná klasifikácia chorôb), potreba preukázať sesterské činnosti odborníkom v zdravotníctve a verejnosti. Spoločnosť vynakladá prostriedky na zdravotnú starostlivosť, preto je potrebné preukázať, ako pôsobenie ošetrovateľstva prostredníctvom sestier prispieva k zdraviu ľudí. Organizačno-formálnu klasifikáciu tvorí:

názov, číselný kód hlavný a položkový (na prepojenie k ostatným položkám), definícia, súbor ukazovateľov, hodnotiaci škála a súbor jej ukazovateľov, odkazy na zdroje príslušnej odbornej literatúry. Funkčnú klasifikáciu podľa autorov Moorhead, Johnson, Maas, Swanson pre rok 2008 (s. 29) tvorí: 385 výsledkov, 7 domén, 31 tried (zoradené od A po X, b, c) a podtriedy (zoradené do súborov) napr.: doména: Fyziologické zdravie II., trieda: Výživa (K), Škála (f), Vzdelávanie o dojčení: Dojča 1000; 1001 Materské, 1002 Udržanie dojčenia (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008, s. 199-204). Každý súbor je zložený z jednotlivých výsledkov (výstupných koncepcií, výstupov), ktoré sú predmetom a prostriedkom merania, hodnotenia. Celok je v súlade s obsahom danej definície, má stabilne usporiadaný vnútorný systém a doplnený je hodnotiacou stupnicou. Všetky súbory tvoria jeden veľký, ucelený systém. Systém je zoradovaný v duchu filozofie zdravia podľa M. Gordonovej a zdôrazňuje prístup ošetrovateľstva zameraný na zdravie, na odpovede organizmu v kontinuite zdravia.

Taxonómia výsledkov ošetrovateľstva NOC podľa Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, (2008, s. 125-144):

I. Funkčné zdravie

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| A. Udržiavanie energetickej rovnováhy | C. Mobilita |
| B. Rast a vývin | D. Sebaopatera |

II. Fyziologické zdravie

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| E. Srdcovocievny systém | J. Neurokognitívne funkcie |
| F. Vylučovanie | K. Trávanie a výživa |
| | a) terapeutické reakcie |
| G. Tekutiny a elektrolyty | L. Integrita tkanív |
| H. Imunitné reakcie | Y. Zmyslové ústroje a ich fungovanie |
| I. Metabolická regulácia | |

III. Psychosociálne zdravie

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| M. Psychologická pohoda | O. Sebakontrola |
| N. Psychosociálna adaptácia | P. Sociálna interakcia |

IV. Vedomosti o zdraví – zdravé správanie

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| Q. Zdravé správanie | S. Vedomosti o zdraví |
| R. Zásady zdravia, názory | T. Kontrola rizika a bezpečnosť |

V. Vnímané zdravie

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| U. Zdravie a kvalita života | V. Ukazovatele zdravia, príznaky |
|-----------------------------|----------------------------------|

VI. Zdravie rodiny

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| W. Činnosti opatrovateľa v rodine | e) Spokojnosť so starostlivosťou |
| X. Pohoda rodiny | Z. Zdravotný stav členov rodiny |
| | d) Rodičovstvo |

VII. Zdravie komunity

- b) Pohoda komunity (obce, spoločenskej skupiny)
- c) Ochrana zdravia komunity

Podľa Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, (2008, s. 43) klasifikácia obsahuje 14 škál merania. Každá škála je vytvorená tak (1-5), aby piaty alebo posledný stupeň Likertovej stupnice označoval najviac očakávaný stav v súvislosti s výsledkom. Dôležité je, aby bolo meranie výsledkov spoľahlivé a aby bola efektivita ošetrovateľských intervencií overená. Čas, keby by mali byť výsledky vyhodnocované nie je špecifikovaný, minimálne sa však požaduje, aby sa meranie uskutočnilo na začiatku a na konci starostlivosti. To môže byť vyhovujúce v prostrediach akútnej starostlivosti, keď je pobyt pacienta krátky, na niektorých oddeleniach akútnej starostlivosti sa však stav pacientov vyhodnocuje raz za deň alebo raz za zmenu. Pretože čas merania nie je štandardizovaný, informovanie o dátume alebo dni starostlivosti o pacienta, keď sa merania robili, je dôležité pre porovnávanie medzi populáciami a oddeleniami (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008, s. 67-68). Jedna z vecí, ktorou sa často užívatelia zaoberajú je subjektivita škál. Poskytnuté ukazovatele pomáhajú sestre pri určovaní stavu pacienta a pri hodnotení na výsledkovej škále, ale neeliminujú potrebu úsudku sestry. Keďže škálové stupne nie sú špecificky definované pre každý ukazovateľ a výsledok, sestra musí robiť sesterský úsudok o stave pacienta pre ukazovatele a výsledky. Hoci je presnosť tohto úsudku dôležitá, pri číslovaní výsledku si vyžaduje taký istý úsudok, aký sa používa pri vyhodnocovaní, či bol dosiahnutý cieľ, či sa stav zlepšil v súvislosti s cieľom alebo cieľ nebol dosiahnutý (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008, s. 68).

Ošetrovateľská diagnostika zameraná na prax (POP® - PraxisOrientierte Pflegediagnostik)

Stefan, Allmer, Eberl, et al. (2009, s. 14-15) autorský kolektív klasifikácie uvádza cieľom ošetrovateľstva je obnovenie a uchovanie každodennej autonómie. K tomuto cieľu je nevyhnutná cielená orientácia na zdroje. Existujúce klasifikácie ošetrovateľských diagnóz neposkytujú dostatočnú bázu pre prácu orientovanú na zdroje, preventívne výstupy a podporu zdravia v ošetrovateľstve. Cieľom klasifikácie je : 1. Systematický opis vzťahov deficitov a zdrojov. 2. Integrácia zdrojov v ošetrovateľsko-diagnostickom opise. 3. Vypracovanie zdravotných diagnóz, ktoré sú aplikovateľné v každodennom živote. 4. Open - Access - princíp pre ošetrovateľské diagnózy, to znamená žiadne náklady na licenciu. 5. Vývoj všeobecného diagnostického výstupu orientovaného na zdroje v ošetrovateľskej diagnostike. 6. Adaptácia formátov ošetrovateľských diagnóz. 7. Vypracovanie konkrétnych ošetrovateľských diagnóz. 8. Evaluácia (priebežne). Diagnostický výstup je orientovaný 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 predovšetkým v psychiatrickom ošetrovateľstve. Zdravie spočíva na 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.

Klasifikácia POP (2009, s. 22-31) ošetrovateľských diagnóz spočíva na výstupe orientovanom na zdroje. Pozostáva z 9 oblastí (domén), 19 tried a 150 názvov diagnóz. Domény sú štruktúrované podľa Oremovej modifikovanej systematiky.

Formáty POP - ošetrovateľských diagnóz obsahujú vždy „R“ pre zdroje (Ressourcen).

Rizikové ošetrovateľské diagnózy: P/RF/R –formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (RF) rizikový faktor – (R) zdroje.

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy: P/Ä/S/R –formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (Ä) etiológia – (S) symptóm/príznak – (R) zdroje.

Diagnózy starostlivosti o zdravie : P/R – formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (R) zdroje.

P- Pflegediagnosentitel, RF – Risikofaktor, R – Ressourcen, Ä – Ätiologie, S – Symptom.

POP-klasifikáciu môžu s licenčným právom grátis využívať osoby a organizácie, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť prípadne ošetrovateľstvo vyučujú. Záznam ošetrovateľskej anamnézy orientovaný na ošetrovateľské diagnózy podľa POP-klasifikácie podporuje osobu poskytujúcu starostlivosť (Pflegernde Person) ako pri posudzovaní, tak aj pri diagnostike. Uľahčuje identifikáciu možných názvov diagnóz, pričom údajom získaných podľa POP – domén sú postavené potenciálne názvy diagnóz. Existujúce klasifikácie ošetrovateľských diagnóz neopisujú žiadne zdroje. Rozšírenie konceptu „ošetrovateľská diagnóza“ prostredníctvom POP umožní osobám poskytujúcim starostlivosť získať zmenený pohľad na ľudí, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť. Prevencia, podpora zdravia ako aj posilnená rola ľudí, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť budú v ošetrovateľskej praxi lepšie integrovateľné (Stefan, Allmer, Eberl, et al. 2009, s. 7-8).

Záver

Klasifikačné systémy ošetrovateľstva dávajú sestre možnosť holisticky pristupovať a riešiť problematiku zdravia osoby, rodiny a komunity. Správna voľba rozhodnutí a individuálny prístup sú predpokladom spokojnosti pacienta a kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K., MCCLOSKEY-DOCHTERMAN, J. 2008. Nursing Interventions Classification (NIC). 5. th, Edition, Missouri : Mosby, 2008, 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
- [2] HERDMAN, T.H. et al. (ed.) 2012. NANDA International. Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2012 – 2014. 9th Edition, John Wiley & Sons, Ltd. : West Sussex, UK, 2012, 533 p. ISBN 978-04706-5482-8.
- [3] HOLMANOVÁ, E. 2008. Potreby v klasifikačných systémoch ošetrovateľstva. In TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I et al. Potreby v ošetrovateľstve. Martin : Osveta, 2008, ISBN 80-8063-270-0, s. 28- 37.
- [4] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G. OLIVIERIOVÁ, R. Ošetrovateľstvo. 1. Martin : Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [5] KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. Ošetrovateľské techniky. Martin : Osveta 2006. 776 s. ISBN 80-8063-202-2.
- [6] KUKUROVÁ, E. VLČÁK, Ľ. Et al. 2009. Princípy e-health a telemedicíny. Olomouc : Solen Print. 2009. 155 s. ISBN 978-80-903776-7-7.

- [7] MAREČKOVÁ, J. 2006. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách. Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [8] MASTILIAKOVÁ, D. 2002. Úvod do ošetrovateľstvá: Systémový prístup. I. a II. díl, Praha : Karolínium, 2002. 187 - 347 s. ISBN 80-246-0429-9.
- [9] MOORHEAD, S. , JOHNSON, M., MAAS, M.L., SWANSON, E.: Nursing Outcomes Classification (NOC). 4. edition, Missuori : Mosby, 2008, 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.
- [10] STEFAN, H., ALLMER, F., EBERL, J. et al. 2009. POP® PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Wien. Springer, 2009, 828 p. ISBN 978-3-211-79909-3.
- [11] WAKE, M.M., FEHRING, R.J., FADDEN, T. 1991. Multinational validation of Anxiety, Hopelessness, and Ineffective Airway Clearance. Nursing Diagnosis. 1991, vol. 2, no. 2, p. 57-65.

Adresa autorov

Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD., PhDr. Andrea Solgajová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva
Kraskova č. 1, Slovenská republika
e-mail: gvorosova@ukf.sk

VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK V ČESKÉ REPUBLICE

Yveta Vrublová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Príspevek se zabývá současnou situací vzdělávání porodních asistentek a všeobecných sester v České republice. Jde o kvalitativní analýzu vysokoškolského studia oboru porodní asistence a všeobecná sestra, jeho náročnosti a legislativních požadavků.

Klíčová slova

Vzdělávání, všeobecná sestra, porodní asistentka.

EDUCATION OF NURSES AND MIDWIVES IN THE CZECH REPUBLIC

Abstract

The paper deals with the current situation of training of midwives and nurses in the Czech Republic. It is a qualitative analysis of higher education midwifery and nurse, his demands and legislative requirements.

Key words

Education, nurse, midwife.

Úvod

Kvalita vzdělávání a zdravotní péče patří mezi základní předpoklady úspěšné prosperity každého společenského zřízení. V České republice došlo k dynamickému rozvoji a změnám ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Větší část vzdělávacích studijních programů je uskutečňována na vysokých školách. Studijní programy mají bakalářské, magisterské a na některých vysokých školách doktorské formy. To jsou všechno pozitivní změny, které se však ještě neodrazilily v kompetencích těchto pracovníků. Specializační vzdělávání je dále uskutečňováno na akreditovaných pracovištích a probíhá minimálně po absolvování bakalářského oboru (vyšší odborné školy), registraci a požadované délky odborné praxe.

Obsah

Vysokoškolské vzdělávání porodních asistentek a všeobecných sester, které bylo po několik let pod jedním programem, se rozdělilo na dva programy ošetrovatelství a porodní asistence. Každý uvedený program musí mít svého odborného garanta, který musí splňovat požadovaná kritéria:

- Docent, profesor v garantovaném oboru nebo velmi blízkém oboru
- Dostatečná publikační aktivita zaměřena na obor – za posledních 5 let
- Minimální 50% úvazek na pracovišti, kde je výuka akreditována
- Vědecko- výzkumná aktivita podpořena grantovou činností

Vzhledem ke skutečnosti, že tyto programy jsou na vysokých školách pouze krátkou dobu, kritéria jsou velmi vysoká, došlo k dohodě pro překlenovací období, že tyto programy mohou garantovat lékaři ze stejného nebo příbuzného oboru. Toto období bylo dáno na pět let.

Z uvedené informace vyplývá, že musíme zmobilizovat veškeré síly a umožnit mladým perspektivním porodním asistentkám a všeobecným sestřím se dále vzdělávat, tak aby splnily podmínky k doktorskému, následně habilitačnímu řízení a mohly garantovat odborně tyto obory, které jak se domnívám nechceme zpětně přesunout na vyšší odborné školy, kde setrvávají pouze ve formě všeobecná sestra – diplomovaná sestra.

Pohled na jednotlivé studijní programy.

Studijní program ošetrovatelství a jeho obor všeobecná sestra je v současné době v České republice ve třech typech studia – bakalářský, magisterský, doktorský. Bakalářské studium je tříleté, což vyvolává odborné diskuse volající po prodloužení studia na čtyři roky. Náročnost výuky můžeme posoudit podle Metodického pokynu k vyhlášce č. 39/2005 Sb. **pro studijní obor všeobecná sestra** MZČR, kde je minimální počet teoretické výuky stanoven na 2 300 hodin, počet odborné práce na 2 300 hodin (délka 1 hodiny praktické výuky v podmínkách poskytovatele zdravotních služeb je 60 minut). (Věstník, částka 6)

V tomto případě je náročnost studia velmi vysoká nejen pro studenty, ale také pro poskytovatele teoretické a praktické výuky. Teoretická výuka ošetrovatelských předmětů je zajišťována odborníky z prakticko – teoretické roviny ošetrovatelství. Odborná praxe, které jak bylo uvedeno, je minimálně 2 300 hodin by měla být vedena mentory (sestry pracující na konkrétním klinickém pracovišti, kde probíhá výuka odborné praxe. Klinická praxe je nosnou součástí efektivního výchovně vzdělávacího procesu budoucích sester, kde studenti získávají vědomosti praktickou výukou přímo na klinickém pracovišti u nemocného. Jde o ucelený proces, který vede ke zkvalitnění vědomostí a praktických intervencí s názornou možností aplikace do praxe.

Požadavky na mentora odborné praxe:

- splňuje způsobilost k výkonu povolání podle platných právních předpisů,
- má minimálně 2 roky praxe v oboru,
- je odborníkem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu
- má vhodnou přípravu pro roli mentora – certifikovaný mentorský kurz

Magisterský program Ošetrovatelství může být realizovaný společně se specializačním vzděláváním – vzdělávacími programy – Ošetrovatelská péče v pediatrii, Ošetrovatelská péče v interních oborech, Intenzivní péče v pediatrii, Intenzivní péče, Ošetrovatelská péče v psychiatrii, Perioperační péče.

Následné studium je doktorské, ke kterému není nutný souhlas MZČR.

Studijní program porodní asistence – stejně jako program všeobecná sestra má i tento program typ studia bakalářský, magisterský, doktorský. Studijní program je velmi podobný programu ošetrovatelství, studium se liší zejména v délce odborné praxe, která je v případě porodních asistentek 1 200 hodin (délka 1 hodiny praktické výuky v podmínkách poskytovatele zdravotních služeb je 60 minut), což působí nevyváženě, ale je nutné upozornit na skutečnost, že studenti během studia musí vykonávat odbornou praxi pouze na akreditovaných pracovištích a splnit seznam předepsaných výkonů, kdy student v konečném součtu vykoná více hodin odborné praxe (vedení 40 porodů, 100 prenatalních vyšetření, 40 vyšetření žen s fyziologickým těhotenstvím, 40 vyšetření žen s rizikovým těhotenstvím, asistence u 20 patologických porodů, 100 ošetření novorozenců atd.). (Metodický pokyn – porodní asistence, MZČR). Jde o „Seznam praktických výkonů“, který byl schválen Radou pro vědu, výzkum a vzdělávání v ošetrovatelství a porodní asistenci MZ ČR a Českou asociací porodních asistentek v roce 2002. Odborná praxe i u tohoto programu by měla být zajištěna mentory – kvalifikovanými, registrovanými porodními asistentkami s odbornou praxí minimálně dva roky.

Magisterský program v porodní asistenci má tyto vzdělávací programy: Intenzivní péče v porodní asistenci, Perioperační péče v gynekologii a porodnictví, Komunitní péče v porodní asistenci. Toto studium je dvouleté.

Doktorské programy jsou pro oba studijní programy stejné, specifika je pouze ve vybraných předmětech a v tématu doktorandské práce.

Závěr

Cílem tohoto příspěvku byla analýza náročnosti studia studijních programů ošetrovatelství a porodní asistence a upozornění na délku studia, která vzhledem k požadavkům na odbornou praxi – počty hodin, ošetrovatelské intervence je nedostatečná a vede studenty k prodlužování studia, v některých případech i k ukončení studia. Z tohoto důvodu by bylo nanejvýše žádoucí prodloužit studium obou studijních programů minimálně na 7 semestrů (3,5 roku), v ideálním případě na 8 semestrů (4 roky), tak jak je to např. v Maďarsku. Jde o požadavek, který by se jistě projevil v kvalitě získaných dovedností a následně i v kvalitě poskytované ošetrovatelské péče v práci všeobecných sester a porodních asistentek

Použitá literatura

- [1] METODICKÝ POKYN K VYHLÁŠCE – všeobecná sestra č. 39/2005.Sb. Věstník MZČR, částka 6, <http://mzcr.cz/odbornik/> dokumenty
- [2] METODICKÝ POKYN K VYHLÁŠCE – porodní asistentka č. 39/2005.Sb. Věstník MZČR, částka 6, <http://mzcr.cz/odbornik/> dokumenty

Adresa autora

doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta

Syllabova 11

705 00 Ostrava-Zábřeh

e-mail: Yvetta.Vrublova@osu.cz

KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST ZDRAVOTNICTVÍ – SOUČÁST VÝUKY VYSOKÉ ŠKOLY POLYTECHNICKÉ JIHLAVA

Pavel Zahradníček

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Abstrakt

Príspevek se zabývá problematikou výuky předmětu „Krizová připravenost zdravotnictví“ na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Teoreticky vychází z bezpečnostních potřeb společnosti a popisuje přístup k vymezení pozice předmětu z bezpečnostní vědy. Aplikuje doporučení orgánů veřejné správy státu k výuce bezpečnostních předmětů na vysokých školách. Předkládá k diskusi vysokoškolský koncept předmětu VŠPJ a edukační zkušenosti z realizace v roce 2011.

Klíčová slova

Krizová připravenost zdravotnictví, bezpečnostní studia, výuka na vysoké škole, koncept předmětu, zkušenosti z výuky.

CRISIS READINESS IN HEALTH SERVICE – PART OF EDUCATION IN COLLEGE OF POLYTECHNICS JIHLAVA

Abstract

Article deals with problems of education in subject „Crisis readiness in health service“ at College of Polytechnics Jihlava. Theoretically it comes out from security needs of society and describes approach to its delimitation from security science. It applies recommendation of public service authorities to teaching security subjects at colleges. It proposes to discussion academic concept of subject as well as educational experience from its realization in 2011.

Key words

Crisis readiness in health service, security studies, college education, concept of subject, teaching experience.

Úvod

Bezpečnost je novodobým fenoménem veškerých společenských aktivit. Zejména 21. století a události v něm, akcentuje problematiku bezpečnostní vědy a na ní postavených bezpečnostních studií. Ti, kdož jsou zodpovědní za správu lidské společnosti, pod tlakem argumentů a vědeckých prognóz, si začínají plně uvědomovat svoji zodpovědnost a postupně problém řeší. Je evidentní, že rozvoj lidské společnosti generuje nové zdroje hrozeb, tj. i konkrétních rizik a nárůst intenzity rizik, která již existují. Původ nežádoucích sil a jevů lze nalézt buď v přírodě a nebo v lidské činnosti.

Příklady možného dělení hrozeb a z nich vyplývajících rizik:

- Vojenská rizika (bezprostředně ČR nehrozí, AČR se však podílí na řešení vojenských rizik v rámci operací NATO)
- Proliferační rizika (projevují se snahou řady státních i nestátních subjektů získat a zneužít ZHN a prostředky jejich dopravy na cíl,....)
- Destabilizační rizika (vyplývají z etnických, náboženských, kulturních a ekonomických rozporů mezi státními i nestátními subjekty. Zpravidla jsou doprovázeny terorizmem, masovou a násilnou migrací,....)
- Globalizační rizika (nezákonné finanční transfery, organizovaný zločin, ohrožení státní infrastruktury, ekologické katastrofy....)
- Civilizační rizika (průmyslové technologie, doprava, zneužití informačních systémů, organizovaný zločin, korupce...)
- Atd.

Mimořádně rychlý vědecko-technický pokrok, obrovský nárůst informací a jejich snadná dostupnost, vytváří stav, kdy správa věcí veřejných (stát, -ty) nezvládne uvedený vývojový proces, což může vést v jistém časovém horizontu až ke konci lidského druhu – zkáze současné civilizace. Jedním z základních cílů současné globální společnosti je přežití - a to formou udržitelného rozvoje.

Společenská potřeba (realita) si vynucuje, aby problematika bezpečnosti byla přijata jako samostatná věda a byla pěstována standardními vědeckými způsoby a postupy. V těchto naznačených souvislostech považují níže uvedené myšlenky za příspěvek k formování názoru na bezpečnostní vědu a z ní vyplývajících bezpečnostních zdravotnických studií.

Bezpečnostní věda jako základ pro bezpečnostní studia.

Bezpečností rozumíme – stav systému (státu, energetiky, životního prostředí atd.), při kterém je přijatelná pravděpodobnost vzniku újmy na chráněných zájmech. Obecné zákony bezpečnosti patří do kategorie zákonů společenských. Zkoumání a aplikace zákonů bezpečnosti, zákonitostí, principů a zásad bezpečnostních činností (operací) je předmětem bezpečnostní vědy. Bezpečnost je určena především politikou států a je realizována určenými silami a prostředky.

Posláním bezpečnostní vědy, vedle zkoumání bezpečnostních systémů i zkoumání podstatných jevů a vztahů bezpečnostních operací, je jejich správnou aplikací umožňovat optimalizaci současného a budoucího stavu bezpečnosti.

Předmět zkoumání:

- Bezpečnostní prostředí a zákonitosti jeho vývoje, formy jeho vývoje, bezpečnostní a záchranné sbory a bezpečnostní specialisté záchranáři - specialisté jako účelová bezpečnostní soustava, určená k vedení bezpečnostních akcí (operací).

- Zákony a principy jejich výstavby, organizace řízení a činnosti bezpečnostních a záchranných systémů a specialistů v přípravě a vedení bezpečnostních a záchranných akcí (operací). Způsoby, formy a podmínky činnosti těchto sil a prostředků.
- Využití a rozdělování sil a prostředků společnosti, určených ve prospěch ochrany společnosti

Bezpečnostní věda využívá poznatků jiných vědních oborů a klade na jejich zkoumání specifické požadavky. Je vědou interdisciplinárního charakteru. Definovaný předmět zkoumání bezpečnostní vědy svou strukturou je určující pro stanovení a vnitřní klasifikaci jejího obsahu.

Hlavní součásti bezpečnostní vědy v tomto pojetí zahrnují:

- a) Obecnou teorii bezpečnosti jako souhrn poznatků, ovlivňujících všechny následující součásti bezpečnostní vědy a zajišťujících její interdisciplinaritu.
- b) Teorii bezpečnostních a záchranných činností (operací) jako souhrn teorií, zásad, analýz a poznatků o bezpečnostních a záchranných činnostech (operacích), dále způsobech a formách činnosti bezpečnostních a záchranných sil všeho druhu.
- c) Teorii výstavby bezpečnostních a záchranných institucí a sborů jako souhrn poznatků, zásad a teorií o organizačních strukturách, speciálním materiálu, výzbroji a personálu.
- d) Teorii řízení (velení) a informatiky jako souhrn poznatků, zásad a teorií o řízení činnosti bezpečnostních a záchranných sil.
- e) Teorii bezpečnostního a záchranného vzdělávání, výcviku a výchovy jako souhrn poznatků, zásad a teorií o přípravě lidského činitele pro potřeby bezpečnostních a záchranných sborů a sil.
- f) Teorii logistiky a bezpečnostní a záchranné infrastruktury jako souhrn poznatků, zásad a teorií o využití a rozdělení prostředků ze společenských zdrojů, umožňujících a udržujících funkční schopnost bezpečnostních sborů a sil.
- g) Metodologii bezpečnostní vědy jako souhrn poznatků, zásad, teorií a metod zkoumání bezpečnostní reality a prognózování dalšího vývoje bezpečnostních sborů a sil.

Z naznačeného je zřejmé, že bezpečnostní zdravotnická studia, zejména problematika krizové připravenosti zdravotnictví, je organickou pedagogickou nástavbou bezpečnostní vědy.

Vysoká škola polytechnická Jihlava a její koncept bezpečnostních studií.

Bezpečnostní věda v novém, moderním konceptu musí zahrnovat teorii i praxi bezpečnostní problematiky společnosti a tudíž musí zahrnovat vědy o:

- vnější bezpečnosti státu (diplomacie, vojenské vědy a další),
- vnitřní bezpečnosti státu (policejní, *záchrannářské*, ochranného charakteru a další).

Tyto by se mohly dále dělit dle předmětu zkoumání (ekonomické - včetně managementu, lékařské, technické, atd.) . Bezpečnostní věda je takto pojata jako základní bezpečnostní vědecká disciplína. Vojenské, policejní, záchrannářské a ochranné bezpečnostní vědy jako vědy aplikované.

Při absenci bezpečnostní vědy, založené na solidních metodologických základech, bezpečnostní teorii, praxi a edukaci v oblasti bezpečnosti a záchranářství, je nebezpečí nahodilého rozhodování o bezpečnostních otázkách značné a exaktní řešení je téměř nemožné.

Co hlavního k problému přípravy odborníků v oblasti bezpečnosti učinil stát?

Např.:

- 1) Vypracoval Usnesení BRS č. 9 z 3. dubna 2007, tj. KONCEPCI KRIZOVÉ PŘIPRAVENOSTI ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.
- 2) Schválil a přijal SPOLEČNÉ MINIMUM pro potřeby vzdělávání odborníků v oblasti bezpečnosti (schváleno usnesením BRS č. 32 ze dne 3. července 2007)

Tyto dokumenty jsou závazné pro státní školy (tj. vojenské a policejní) , ale současně jsou **doporučujícím a inspirativním materiálem pro veřejnoprávní školy** a školy soukromé. Jde zde totiž i o trh se vzděláváním. Dovolte mi krátce charakterizovat obsah „Společného minima“ pro potřeby vzdělávání odborníků v oblasti bezpečnosti .

Dokument zahrnuje problematiku:

- Krizový management
- Analýza rizik
- Bezpečnostní politika a prevence kriminality
- **Ochrana obyvatelstva**
- Ekonomika krizových situací
- Aplikovaná informatika
- Veřejné právo a základní související předpisy
- Anglický jazyk.

Pozn.

K této kostře bezpečnostních okruhů (disciplin) mohou být školou připraveny další odborné okruhy (volitelné předměty), které mohou **podporovat nebo rozšiřovat studovanou oborovou problematiku.**

Z výše uvedeného je zřejmé, že vysoké školy musí (by měly) na státem akcentovanou problematiku reagovat. Je i jejich vlastním ekonomickým zájmem bezpečnostní vědu a bezpečnostní studia v pěstovaných oborech realizovat, neboť tato problematika vytváří do budoucna potřebný a současně lukrativní studijní prostor.

Vysoká škola polytechnická Jihlava (VŠPJ) byla zřízena zákonem č. 375/2004 Sb. ze dne 3.6.2004 jako první **veřejná vysoká škola neuniverzitního typu** v ČR. VŠPJ uskutečňuje akreditované studijní programy (formou pěstovaných oborů) bakalářského typu a programy celoživotního vzdělávání.

Obecným cílem studia v akreditovaných studijních oborech je poskytnout zájemcům možnost získat profesně orientované vzdělání s výrazně praktickými výstupy. Po složení státní závěrečné zkoušky a obhajobě bakalářské práce získává absolvent diplom a titul

bakaláře (Bc.) i možnost dalšího studia v navazujících magisterských programech nebo vzhledem k dobrému jazykovému vybavení možnost studia v zahraničí.

V současné době jsou pro VŠPJ akreditovány studijní obory:

- Finance a řízení (s možnou specializací Veřejná správa)
- Cestovní ruch
- ***Všeobecná sestra***
- ***Porodní asistentka***
- Počítačové systémy
- Aplikovaná informatika

Systémovou realizaci bezpečnostních studií lze řešit třemi cestami:

A. *Vytvořením samostatného oboru “Bezpečnostní management”, který by zahrnoval bezpečnostní okruhy – viz Usnesení BRS č. 32/2007.*

Tato cesta se po analýze personálního zabezpečení, finanční náročnosti, potřeby bezpečnostních specialistů v Kraji Vysočina ukázala jako neschůdná.

B. *Akreditací studijního oboru “Veřejná správa a regionální rozvoj” k programu “Hospodářská politika a správa”.*

Tato cesta se zdála reálná a perspektivní i z hlediska potřeb Kraje Vysočina. Problém však byl a stále je, že akreditační komise ve svém strategickém záměru přistoupila k procesu zakonzervování studijních programů a slučování studijních oborů. U akreditační komise není vůle schvalovat další nové obory. Navíc jsou kladeny podstatně vyšší nároky na personální zabezpečení u nových oborů. V tomto konceptu by byly bezpečnostní předměty organickou součástí studijního oboru “Veřejná správa a regionální rozvoj”.

C. *Implementace bezpečnostních předmětů do stávajících oborů.*

Touto cestou se VŠPJ vydala v roce 2010.

V rámci jednotlivých oborů jsou v současnosti vyučovány tyto předměty:

- ❖ ***Strategický management*** s tematy - Krizový management a Analýza a řízení rizik (povinný předmět)
- ❖ ***Informační podpora krizového řízení*** (povinně volitelný předmět)
- ❖ ***Krizová připravenost zdravotnictví*** (povinně volitelný předmět)
- ❖ ***Bezpečnostní systém státu*** (volitelný předmět)
- ❖ ***Veřejná správa a krizové řízení*** (volitelný předmět)
- ❖ ***Ochrana obyvatelstva*** (volitelný předmět)
- ❖ ***Průmyslové havárie a regionální bezpečnost*** (volitelný předmět)
- ❖ ***připravují se předměty další***

Profilové (oborové) katedry, vypisující předměty pro daný semestr, provedou (vždy nakombinují) nabídku tak , aby studentům umožnila bezpečnostní problematiku studovat.

Tento koncept se ukázal jako přijatelný a školou realizovatelný kompromis mezi potřebami Kraje Vysočina, velkým zájmem studentů o bezpečnostní předměty a možnostmi školy. Současně tento přístup umožňuje naplnit kritéria dotačního programu “Fond rozvoje vysokých škol“ a dosáhnout na finance pro rozvoj výše uvedených předmětů v jednotlivých studijních oborech.

Faktem také je, že tento koncept vyžadoval značné organizační úsilí, pochopení společenských potřeb a dobrou vůli všech zainteresovaných ve fázi projednávání implementace bezpečnostních předmětů do studia oborů pěstovaných na VŠPJ.

D. Otevírá se ještě další cesta vyučovat bezpečnostní problematiku a to předložením nové specializace “Krizový management a ochrana společnosti“ při reakreditaci nosného oboru VŠPJ , tj. oboru “Finance a řízení”. První kroky k tomuto jsou již učiněny.

Předmět “Krizová připravenost zdravotnictví” a zkušenosti z jeho výuky.

Předmět “Krizová připravenost zdravotnictví” je koncipován na základě nosné myšlenky, že *je povinností státu a veřejné správy zajistit záchranu života a zabránit vzniku těžké újmy na zdraví postižených při mimořádných událostech, včetně CBRNE událostí.*

Systémově předmět zahrnuje:

- ❖ Popis stavu českého zdravotnictví z hlediska dostát výše uvedenému úkolu
- ❖ Bezpečnostní strategii zdravotnictví
- ❖ Koncepti zajištění krizové připravenosti zdravotnictví ČR
- ❖ Dosažený(aktuální) stav krizové připravenosti zdravotnictví

Situace ve společnosti a konkrétní fakta ukazují, že:

- Narůstají mimořádné události velkého rozsahu (průmyslové havarie, dopravní nehody, epidemie,....)
- Existuje riziko teroristických útoků na citlivé součásti infrastruktury státu
- Veřejnost očekává optimální schopnost prvků zdravotnického system efektivně raegovat na vzniklou situaci (zejména v rámci IZS)
- Bezpečnostní a záchrané systémy jsou účinně napojeny na ekvivalentní struktury NATO, EU, OSN/WHO apod.
- Zdravotnický system disponuje kvalitními lidskými zdroji
- Stát disponuje dostatečnými materiálními prostředky pro mimořádné události
- Je plně funkční základní nástroj pro řešení mimořádných událostí – IZS (řídící i výkonné složky).
- Jako problémové oblasti se neustále jeví: aplikace bezpečnostní strategie ČR do zdravotnictví, způsob řízení (ovlivňování) krizového řízení systému zdravotnictví, MZ má malý vliv na koncipování činnosti a funkčnosti ZZS, potřeby zdravotnictví jsou dlouhodobě podfinancovány, a řada dalších problémů.

Z naznačeného vyplývá, že český zdravotnický systém disponuje k zajištění svých úkolů v bezpečnostní politice státu všemi potřebnými prvky s přiměřenou výkonností a s dostatečným - někdy “napnutým” zajištěním:

- v oblasti právního prostředí
- manažerského prostředí
- odborného prostředí pro medicínu katastrof
- zajištění věcných zdrojů
- přípravy lidských zdrojů (zejména pro krizový management).

Studenti VŠPJ jsou připravováni k manažerské realizaci základních principů bezpečnostní politiky MZ na vyšším středním stupni povinností zdravotnického personálu, tedy k:

1. permanentní připravenosti k okamžité změně režimu činnosti v systému (zdravotnickém zařízení) při vzniku situace s hromadným postižením osob
2. připravenosti zajištění služeb péče při krizových situacích mimo vojenské ohrožení státu
3. připravenosti k zachování schopnosti zdravotnického systému dodávat služby odborné péče v situaci vojenského ohrožení.

Ve výuce jsou akcentovány principy 1 a 2.

Obsah předmětu je tedy směřován k pochopení a systémovému osvojení si pojmu “krizová připravenost zdravotnictví” včetně jeho obsahu, tedy stavu

- ***kdy systém orgánů veřejné správy, poskytovatelů léčebně preventivní péče, orgánů a zařízení ochrany veřejného zdraví, dodavatelů léčiv a zdravotnických prostředků je schopen za mimořádných situací odborně způsobilými pracovníky zajistit zdravotní péči obyvatelstvu v rozsahu přiměřenému reálné situaci a na základě schválených postupů, a to při vnitřní i vnější operabilitě systému.***

Jak konkrétně vyučovaný předmět vypadá

Cíl předmětu :

Seznámit studenty s problematikou krizového řízení zdravotnictví v návaznosti na regionální bezpečnost a činnost veřejné správy.

Po absolvování předmětu student bude student:

ZNÁT:

- Příslušnou legislativu a principy a zásady krizové připravenosti zdravotnictví.
- Možnosti a způsoby zdravotnických zařízení řešit krizové situace.

UMĚT:

- Kvalifikovaně se orientovat v problematice a přijímat zdůvodněná rozhodnutí k realizaci jednotlivých opatření krizové připravenosti v pozici manažera na úrovni středního zdravotnického personálu.

SEZNÁMEN:

- S technikou, materiálem a specializovanými institucemi k řešení mimořádných událostí ve zdravotnických zařízeních.

Obsah předmětu :

- Úvod do studia, základní pojmy a definice
- Bezpečnostní systém státu, bezpečnostní legislativa ČR
- Bezpečnostní systém kraje při řešení mimořádných a krizových situací
- Systém havarijního a krizového plánování
- Struktura, kompetence a úkoly prvků zdravotnictví při zajišťování bezpečnosti
- Nástroje a metody krizové připravenosti zdravotnictví
- Zásady traumatologického plánování ve zdravotnictví
- Zdravotnická záchranná služba, lůžková zdravotnická zařízení z pohledu bezpečnosti
- Organizace činnosti zdravotníků na místě zásahu (IZS)
- Specifické zásady činnosti zdravotnické složky v místě mimořádné události (chemická poranění, radiační poranění, termická poranění...)
- Platná zdravotnická legislativa
- Poznatky z praxe nemocnice Jihlava a FN Brno

Studijní literatura základní:

1. REKTOŘÍK, J. a kol.: *Krizový management ve veřejné správě*, Ekopress s.r.o.: Praha, 2004. ISBN 80-86119-83-1.
2. HORÁK, R. a kol.: *Průvodce krizovým řízením*, Linde: Praha a.s., 2004. ISBN 80-7201-471-4.
3. HLAVÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová připravenost zdravotnictví*. NCO NZO, Brno, 2007. 198 s., ISBN 978-80-7013-452-8.

Studijní literatura doplňková:

1. ŠTĚTINA, J. a kol.: *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Grada Publishing, Praha, 2000. 430 s., ISBN 80-7169-688-9.
2. POKORNÝ, J. a kol.: *Urgentní medicína*. Galén: Praha. 2004.
3. NAVRÁTIL, L. a kol.: *Základy medicíny katastrof*. JČU, České Budějovice, 2008. Dostupné z [http:// 998SF.sirdik.org](http://998SF.sirdik.org).
4. HUMLÍČEK, V. a kol.: *Vybrané kapitoly z medicíny katastrof*. VLA, Hradec Králové, 1999

Další zdroje:

1. www.mzcr.cz,
2. www.kr-vysocina.cz,
3. www.hasici-vysocina.cz
4. www.zzsvysocina,

5. www.nemji.cz
6. www.zsa.cz
7. a další.

Některé poznatky z výuky předmětu:

- ❖ studenti si nepřipouštěli, že jsou rovněž managery v příslušném oboru
- ❖ zpočátku nevnímali problematiku managementu a managementu krizového jako důležitou
- ❖ krizová připravenost zdravotnictví se jim jevila pouze jako záležitost ZZS
- ❖ postrádali pohled na zdravotnictví jako systém a např. na funkční zdravotnický záchranný řetězec jako základ pro dosažení cílů
- ❖ standardní činnost zdravotnických zařízení a jejich součástí považovali za neměnnou
- ❖ možná hromadná postižení, navíc prostředky CBRNE nevnímali
- ❖ organizovaný hromadný příjem postižených občanů nepředpokládali
- ❖ činnost krizových orgánů veřejné správy i zdravotnictví neznali
- ❖ vazby při krizovém řízení na veřejnou správu netušili
- ❖ postrádali povědomí o právním rámci krizové připravenosti zdravotnictví
- ❖ a další.

Stav po absolvování předmětu:

- ❖ ve všech výše uvedených bodech nastala pozitivní změna, posun k žádoucímu pochopení a dílčímu zvládnutí problematiky (systémová kvalifikovaná orientace)
- ❖ studenti poznali, že kromě odbornosti musí zvládnout i managerské dovednosti. Pochopili úlohu a místo bezpečnostní rady kraje (BRK), krizových štábů (KŠ), význam krizových plánů, traumatologických plánů, atd.
- ❖ za základní vodítko pro svoji práci v mimořádných situacích již považují příslušnou krizovou dokumentaci zařízení
- ❖ Za své přijali skutečnost, že existuje legislativa, stanovující práva i povinnosti v oblasti krizové připravenosti zdravotnictví

Závěr

Je zřejmé, že současná i příští doba přinese řadu závažných problémů, které se mimo jiné projeví i častým hromadným *zdravotním postižením občanů*. Zkoumání procesů tvorby, hodnocení a řízení rizik všeho druhu nelze provádět nahodile, ale pouze systematicky, s využitím vědeckého přístupu a aparátu. Bezpečnostní systém státu, cestou jeho konkrétní činnosti (činnost jeho prvků řídicích i výkonných), *zahrnující i činnosti zdravotnické*, musí být organickou součástí standardních bezpečnostních aktivit a managerských postupů na všech úrovních řízení a výkonu veřejné správy i v sektoru soukromém.

Proto příprava vyššího středního zdravotnického personálu pro oblast krizové připravenosti je důležitá a nezastupitelná. VŠPJ cestou předmětu „Krizová připravenost zdravotnictví“

přispívá k naplnění principů krizové připravenosti zdravotnictví ČR. Zkušenosti z ověřování problematiky v ZS AR 2011/12 výukou jsou pozitivní, předmět bude po stránce obsahové i pedagogické dále zlepšován. Spolupráce Katedry veřejné správy a regionálního rozvoje s Katedrou zdravotnických studií se ukázala jako prospěšná.

Kontaktní údaje

Doc. Ing. Pavel Zahradníček, CSc.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
e-mail: zahradnicek@vspj.cz

ÚLOHA KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Eva Zacharová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

Abstrakt

Zvýšení zájmu o prožívání pacienta zvyšuje nároky na způsob zacházení s nimi a v neposlední řadě klade důraz na komunikační dovednosti zdravotníka. Kvalitní ošetřovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem. Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu komunikace v ošetřovatelství. Sestra by měla být schopna zahájit, podporovat a udržovat správnou komunikaci. Na účelné komunikaci často závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran. Příspěvek se věnuje problematice komunikace v ošetřovatelské péči.

Klíčová slova

Komunikační dovednosti – informace – psychologický přístup – úspěch léčby.

THE ROLE OF COMMUNICATION IN NURSING

Abstract

Rising interest in a patient's experience means to improve demands on treatment of the patient and it is focused mainly on nurses' communication skills. High quality nursing is unimaginable without mutual communication between a nurse and a patient. Social communication makes a theoretical base of communication in nursing. A nurse should be able to start, support and keep correct communication. Successful treatment and content both nurses and patients is based on efficient communication. The contribution deals with problems of communication in nursing care.

Key words

Communication skills – information – psychological approach – successful treatment.

Úvod

Nové poznatky v medicíně, vybavení zdravotnických zařízení, počítačové technika, mění se způsob práce přináší stále nové a nové požadavky na odborné znalosti a dovednosti zdravotní sestry. Nemocnice se v daleko větší míře otevřely rodinám pacientů, návštěvám, dětská oddělení jsou vybavena lůžky pro rodiče, kteří setrvávají po celou dobu hospitalizace dítěte, v porodnicích je běžná přítomnost otce u porodu. To vše mění i roli sestry, která je v daleko větší míře vystavena komunikování v různých úrovních. Zdokonalování komunikačních schopností a dovedností zdravotnických pracovníků je proto nezbytné.

Sestra byla a je chápána jako součást týmu, který se stará o nemocného člověka. Její role spočívá v základní péči o pacienta. Profese sestry však vyžaduje nejen schopnost pečovat

o fyzickou stránku nemocného, ale i schopnost pečovat o pacienta po stránce psychické a schopnosti komunikovat s rodinou, příbuznými maximálně profesionálně.

Psychologický přístup k pacientům lze chápat jako souhrn psychologicky působících vlivů, které zahrnují šetrné zacházení s lidmi, zohledňování lidského faktoru v medicíně, respektování lidských práv či etických otázek zdravotnictví. Pacienta většinou skličují různé negativní pocity, odrazem čehož je jeho změněný psychický stav. Ne vždy je však pacient schopný vypovídat se sestře, říci jí, co ho trápí a co prožívá, uvádí Gulášová (2009, s. 68).

Zvýšení zájmu o prožívání pacienta zvyšuje nároky na způsob zacházení s nimi a v neposlední řadě klade důraz na komunikační dovednosti zdravotníka.

V současné klinické praxi se klade důraz na kombinaci odborných vědomostí zdravotníka se správně uplatňovaným psychologickým přístupem k pacientovi.

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem. Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu komunikace v ošetrovatelství. Sestra by měla být schopna zahájit, podporovat a udržovat správnou komunikaci. Na účelné komunikaci často závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran. Stížnosti a stesky pacientů se nejčastěji týkají právě toho, že nebyli vhodným způsobem nebo dostatečně informováni tak, jak by si přáli.

Mezi důležité úseky v oblasti sociální komunikace v ošetrovatelské praxi ve vztahu pacient a zdravotník patří:

➤ **Potřeba informovanosti pacientů**

I v praxi existují skupiny pacientů, které nevyžadují žádné informace a spokojí se s pokyny zdravotníků v dané situaci. Jedná se zejména o seniory nebo osoby s omezeným vzděláním a rozhledem. Většina nemocných však má zájem o celou řadu informací, které se jejich nemoci týkají. Zajímá je jak závažnost onemocnění, tak jeho průběh (například kdy ustoupí bolesti, kdy bude soběstačný, kdy bude chodit do školy, zda nehrozí zhoršení nebo zda nevzniknou nějaké komplikace). V rámci diagnostiky a léčby pacienta zajímají informace, které mu je zdravotník schopen zprostředkovat nebo poskytnout. Pacient, který nedostává odpověď na své otázky nebo si ani netroufá je položit, je postupně stále úzkostnější, nejistější, méně zdravotníkům důvěřuje a vznikají u něj obavy z nejhoršího. Jeho zdravotní stav se většinou nezlepšuje.

➤ **Prospěšnost a škodlivost podávaných informací**

Když je pacient dobře informován o všech relativních i potencionálních problémech, které ho zajímají nebo mu působí starost, dochází k určitému uklidnění. Jeho kognitivní kontrola nad situací, možnost zařídit si pracovní a soukromé záležitosti v něm vzbuzují důvěru ke zdravotníkům a usnadňují spolupráci. Má-li pacient dostatek informací (například o vyšetřeních, životosprávě), udělá méně chyb v průběhu léčebného procesu a odliší důležité pokyny od méně důležitých. Komunikace má pro pacienta velmi důležitý, osobitý význam. V tomto procesu pacient cítí, že je vnímaný jako osobnost, ne jako číslo nebo diagnóza (Gulášová, 2009, s. 79).

Na druhé straně není možné od zdravotníků očekávat, že pacientovi zodpoví všechno, nač se zeptá. Informace poskytované pacientům je nutné poskytovat účelně. Mnohé informace mají svá specifika. Informace poskytnuté pacientovi může mít vliv na další průběh nemoci. Informace, které pacientovi uškodí, které jsou v dané situaci nebezpečné, nazýváme iatropatogenní. O iatropatogenii hovoříme tehdy, když došlo v rámci vyšetření nebo léčby k biopsychosociálnímu poškození pacienta ze strany lékaře.

Poškození pacienta sestrou nazýváme sororigenie. Iatrogení poškození pacienta vzniká poměrně snadno. Někdy stačí, aby lékař nebo sestra při informování pacienta projeví rozpaky, použili při dvojím rozhovoru s pacientem poněkud jiná slova a pacient zneklidní, protože se domnívá, že se mu zdravotník snaží zatajit nepříznivé informace. Zejména sestra může pacienta poškodit v oblasti somatické ale i psychické. Iatrogenia je pro nemocného člověka obzvláště nebezpečná, protože organismus zesláblý vlastním onemocněním má velkou psychickou labilitu. Je proto důležité, aby sestra i lékař zacházeli se slovy opatrně, cílevědomě a uvážlivě.

Při informovanosti pacienta by měl zdravotník dodržovat některé zásady, které mohou pomoci zmírnit dopad informací. Jedná se o:

- zatajení nejistoty, kdy zdravotník své pochybnosti nikdy nevyslovuje před pacientem;
- odklad špatné zprávy (pravda po lžičkách) – vede k postupné adaptaci pacienta na špatnou informaci;
- zdůraznění nebezpečí, při kterém jsou nedisciplinovanému pacientovi silně zdůrazněny i málo pravděpodobné následky jeho nedisciplinovanosti.

➤ **Informování pacientů o jejich zdravotním stavu**

Pacienti nejsou vždy spokojeni s informacemi, které dostali a snaží se je různými způsoby rozšířit, získat další. K tomu využívají možnosti nahlédnutí do dokumentace a dotazování u sestry. Informace vyzvídají na sestře různými oklikami, drobnými dárky i lichotkami. Sestra těmto způsobům jednání nesmí podlehnout. Sestra nesmí poskytovat informace o zdravotním stavu, o průběhu léčby nemocnému ani rodinným příslušníkům. Informace tohoto charakteru poskytuje zásadně jen lékař. Sestra jako členka ošetrovatelského týmu má právo je podpořit. Je však vhodné, aby sestra optimisticky působila v rámci ošetrovatelské péče, například povzbuzením „*Hezky se vám to hojí*“. Sestra však musí dávat pozor, aby neposkytla některé i nepříznivé informace mimoslovně. To se může stát nevhodným projevem soucitu nebo úleku nad zhoršeným stavem pacienta, bezradností, úzkostným tónem, mimikou či gesty. Je tedy důležité správně a objektivně, na vysoké profesionální a lidské úrovni zhodnotit celkový psychický stav pacienta, a podle toho k němu přistupovat, uvádí Gulášová (2009, s. 79).

➤ **Poskytování pokynů a poučení o léčbě**

Zdravotník se často mylně domnívá, že pokud sdělí nemocnému pokyny jasně a srozumitelně, že jim rozumí a bude se podle nich řídit. Ve skutečnosti však většina pacientů chápe pokyny poněkud zkresleně a už ve chvíli informovanosti část pokynů zapomíná. To má za následek několik příčin:

- Iluze samozřejmosti u zdravotníků – vychází ze skutečnosti, že sestra považuje některé věci za samozřejmé. Neuvědomuje si, že pacient sice slovům rozumí, ale uniká mu logika vět a sdělených informací. Velký problém také často vzniká při orientaci pacienta v prostoru zdravotnického zařízení, které je pro sestru domácím prostředím.
- Inteligence a úroveň vzdělání nemocných je prvek, který ovlivňuje přijímání informací. V pochopení informací jsou značné rozdíly. Mnoho pacientů zastírá svou slabší chápavost a předstírá, že všemu rozumí. Právě zde může vzniknout řada nedorozumění.
- Smyslové vady patří k dalším okolnostem, které ztěžují komunikační proces. Problémy mohou nastat jak u pacientů starších, tak u nemocných, kteří se snaží svůj defekt skrýt před ostatními.
- Poruchy paměti se vyskytují jak u starších nemocných, tak nadprůměrně inteligentních. Problémy vznikají zvláště v oblasti zapamatování si nových pokynů a údajů.
- Úzkost a deprese zhoršují chápavost a schopnost vstřípit si informace do paměti. Nemocný si často z informací zdravotníka vybere jen některé sdělení, které vnímá jako varovné nebo negativní a ostatní část mu uniká. Depresivní pacient bývá navíc relativně lhostejný a jeho myšlení bývá zpomaleno.
- Nerozlišování příkazu, doporučení a dovolení bývá často problém při větším množství pokynů a informací, které pacient dostává o tom, co musí a co nesmí. Pokud sestra sdělí pacientovi, že musí ležet a neověří si, jak to pacient pochopil, může se stát, že nemocný si to vysvětlí jako příkaz přísného klidu na lůžku. Proto je nezbytné nejen vydávat pokyny jasně, ale i ověřovat si, jak jim pacient rozumí. Zdravotník může využít i možnosti nechat pacienta zopakovat uvedený pokyn nebo informaci. Někdy je vhodné, aby si nemocný pokyny zapsal.

➤ **Získávání informací od pacienta**

Mnozí pacienti své problémy sdělují jasně a vědně, někteří však věci zamlčují, informace zkreslují nebo je nesdělují vůbec. Někdy mají pacienti pocit, že jejich informace nebyly přijaty a že je zdravotník dostatečně nevyslechl. Je to dáno i určitou komunikační neobratností pacienta, nepřesným a zdoluhavým vyjadřováním. Pacient bývá často při rozhovoru se zdravotníkem rozrušen a později nabývá dojmu, že zapomněl upozornit na důležité okolnosti nebo problémy. Je vhodné nemocnému doporučit, aby si písemně připravil základní problémy, které chce řešit, a tím předejde napětí a úzkosti, které při komunikaci vznikají. Venglářová (2006, s. 9) uvádí, že komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Psychologicky je důležité vědět, co pacient prožívá, co mu působí starosti, znát jeho subjektivní obraz nemoci. Pak je možné přiměřeným vysvětlením zlepšit jeho spoluúčast na léčebném procesu a ošetrovatelské péči.

Nedostatek zájmu taktéž neumožňuje komunikativnost a vyjadřuje „nezajímá mě to“. Jestliže je sestra unavená nebo pospíchá, aby dokončila své povinnosti, může vzbudit dojem, že nemá o pacienta zájem. Chladnost je opakem pozorné starostlivosti a vroucnosti. Sestra projevuje

tento postoj vůči pacientovi tak, že dbá víc na pracovní postup a technickou dokonalost své práce než na problémy, které pacienta sužují. Strohý postoj a povýšený tón hlasu též vyjadřují nedostatek skutečného zájmu sestry. Každá sestra má osobité způsoby, kterými vyjadřuje svou účast, přičemž musí dávat pozor, aby její chování nepůsobilo neupřímně a předstíraně. V každodenní konverzaci se bez zvláštního zamýšlení akceptují přirozené pauzy nebo mlčení. Sestra, která naslouchá, pozorně čeká, dokud pacient, který mluví, rozhovor neukončí. Pacienti často s velkými obtížemi vyprávějí o svých psychických zážitcích. Mnozí dávají přednost stoickému tichu, dokud si nejsou jisti, že sestru jejich problémy zajímají a že je hodna jejich důvěry. Jakmile rozhovor začne, může být neúčinný, jestliže bude s velkými pauzami. Sestra musí v takových situacích taktně a trpělivě čekat, dokud si pacient neuspořádá své pocity a myšlenky do slov. Mnohé pacientovy názory a poznámky týkající se léčebné péče jsou cílené na sestru, její kolegy nebo zdravotnické zařízení. Jakmile se sestra začne cítit ohrožená nebo napadená, zaujímá obranný postoj a znemožní pacientovi vyjádřit své pocity.

Aby sestra mohla pomáhat pacientům uspokojovat jejich potřeby, musí mít poznatky o celkových lidských potřebách a jejich prioritách. Musí vědět, že potřeby pacienta se v nemocnici mění. Když sestra správně pochopí potřeby pacienta, porozumí i jeho chování. Již ve chvíli, kdy lékař doporučí pacienta k hospitalizaci, má dotyčný pacient v očích plno otázek.

Potřeba informací je jednou ze základních potřeb pacienta. Informovanost pacienta a rodinných příslušníků o zdravotním stavu je náročný a zodpovědný úkol. Vyžaduje od lékaře i sestry odborné znalosti o nemocech, poznatky z psychologie nemocných, z etiky, schopnosti empatie, dobrou komunikační schopnost i morální kvality.

Závěr

Úkolem lékaře je diagnostika a léčba nemoci, od sestry se očekává, že se ujme péče a individuálních potřeb, problémů pacienta. Proto pouze dobrá odborná úroveň sestry nestačí. Dobrá sestra je naplněná láskou k bližnímu – k pacientovi – a ta jí dodává sílu, odvahu a odhodlání sloužit pro dobro pacienta. Aby sestra skutečně byla tak empatická, milá a laskavá, musí mít jasnou představu o sobě samotné – jaká chci být a jaká nechci být, jakým člověkem chci být a jakým člověkem v konečném důsledku jsem. Životní styl sestry, hierarchie jejího duševního a duchovního života jsou oblasti, které jí mohou pomoci k tomu, aby byla skutečnou oporou pacientovi a dobrou odbornicí, anebo jí v tom mohou bránit (v případě že jsou nevhodné nebo nejsou rozvinuté), uvádí Gulášová (2009, s. 38).

Od sestry i lékaře se očekává, že se budou zajímat o pacientovy problémy a trpělivě si jej vyposlechnou. Komunikace s pacientem se často realizuje nepřiměřeně ve zredukované podobě. Pacient často dostává neúplné informace, lékaři ani sestry mnohdy nemají potřebný čas, ochotu, ani dispozice zaujmout k pacientovi postoj s cílem poskytnout mu radu, informaci, podporu, pochopení v situaci jeho odkázanosti, obav ze strachu o zdraví, naráží na nedostatek pochopení, empatie a humánního přístupu.

Správná komunikace s pacientem je potřebná ve všech složkách léčebně-preventivní činnosti, ať už se to týká prvního kontaktu, či nemocniční péče. Oblast komunikace je velmi široká,

proto je potřeba neustále si o ní rozšiřovat vědomosti. Nezapomínejme, že slovo léčí. Když se vhodně používá, pomáhá pacientovi. A naopak, když se neužívá nebo používá nesprávně, poškozuje pacienta.

Použitá literatura

- [1] GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-305-9.
- [2] GULÁŠOVÁ, I. 2006. Etické aspekty komunikácie vo vzťahu pacient – sestra. *Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodik*, 2006, 3: 125.
- [3] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
- [4] ZACHAROVÁ, E. 2007. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Adresa autora

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta
Syllabova 19, Ostrava-Zábřeh
e-mail: eva.zacharova@seznam.cz

EMPATIE JAKO POMOCNÍK PŘI ZKVALITŇOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Eva Zacharová¹, Ivica Gulášová²

¹Ostravská univerzita v Ostravě, ²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Abstrakt

Termín empatie je řeckého původu a své místo našel zejména v literatuře psychologické a zdravotnické. Jde přitom o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to kognitivní schopnost – schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. V ošetrovateľské literatuře se setkáváme s tím, že schopnost reagovat empaticky patří mezi faktory zlepšující vztah mezi sestrou a pacientem. Zde je empatie považována za jeden z nejdůležitějších a současně i nejsložitějších faktorů působících na vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem. Příspěvek se věnuje potřebě empatie ve zdravotnické profesi.

Klíčová slova

Empatie – profesionální schopnost – pacient.

EMPATHY AS HELP IN IMPROVING NURSING CARE

Abstract

The term empathy comes from Greek origin and we can find it especially in psychological and medical literature. It is focused on emotional ego-involvement with seeing, hearing and understanding to behaviour of other people. It is a cognitive ability - the ability to recognize and understand to reasons and purposes of verbal and non-verbal behavioural demonstration of other people. In nursing literature we can find out the ability to react emphatically is one of the factors improving the relation between a nurse and a patient. The contribution is concentrated on the need of empathy in health care practice.

Key words

Empathy – professional ability – patient.

Úvod

Termín empatie je řeckého původu a své místo našel zejména v literatuře psychologické a zdravotnické. Empatií se rozumí schopnost vcítit se do pocitů myšlení a jednání druhých. Jde přitom o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to kognitivní schopnost – schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. Pochopit to, oč usilují, čemu se chtějí vyhnout, co pečlivě skrývají.

Rogerský přístup zaměřený na člověka chápe empatii jako „*vcítění se do druhého člověka, vidění světa jeho očima tak, jako by byl tím druhým člověkem*“ (Rogers, 1995, s. 83). Empatie je zde definována jako porozumění jiné osobě přes sebe sama.

Empatie úzce souvisí se schopností naslouchat a správně vykládat, co si člověk myslí. Ukázalo se, že někteří lidé dovedou nejen sledovat neverbální projevy druhých, ale že jsou schopni jim i rozumět a přiměřeně na ně reagovat. Z takových a podobných zjištění se usuzuje, že v pozadí empatických schopností je určitá vrozená schopnost.

V ošetrovatelské literatuře se setkáváme s tím, že schopnost reagovat empaticky patří mezi faktory zlepšující vztah mezi sestrou a pacientem. Zde je empatie považována za jeden z nejdůležitějších a současně i nejsložitějších faktorů působících na vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem.

Empatie zde bývá definována jako „*schopnost sestry pochopit stav a pocity pacienta a oznamovat mu, že mu rozumí*“ (Sidorová, Jakubíková, 2003, s. 43). Současné ošetrovatelství ve svém holistickém pojetí orientuje svoji pozornost na člověka, na poznání jeho bio-psycho-sociální stránky v celém komplexu. Nejde jen o pochopení nemoci a problémů, které jsou s ní spojené v průběhu diagnosticko-terapeutického procesu (Zacharová, 2007, s. 43). Nestačí jen se vcítit do citového stavu pacienta, to není pravá empatie. Je potřeba pochopit situaci komplexně, uvažovat o ní, umět reagovat na potřeby pacienta, přemýšlet o tom, co pacientovi říci, jak, kdy a kde mu to říci.

Empatie je jednou z podmínek lidského přístupu k pacientovi a řadí se do ní:

- vcítění se do duševního stavu pacienta;
- poznání a pochopení prožívání pacienta;
- schopnost emocionálního porozumění toho, jak pacient svoji nemoc prožívá, jak vidí sám sebe ve změněné situaci, co se v něm odehrává;
- vědomý pozitivní vztah k pacientovi;
- sounáležitost s pacientem;
- pozitivní naladění bez kladení podmínek.

Sestra schopna empatie vstupuje ve své klinické praxi na chvíli do subjektivity pacienta a usiluje o prožití jeho nálady, myšlenek, emocí, vztahů a pochopení změněných potřeb. Prostřednictvím vlastního prožívání je schopna projevovat pacientovi porozumění a pochopení.

Proces empatie, jak bylo uvedeno, probíhá ve třech etapách, které se navzájem prolínají. Předpokladem působení empatie je sociální situace a bezprostřední komunikační kontakt mezi osobou uplatňující empatii (tj. sestrou) a osobou empaticky pochopenou (tj. pacientem). Obyčejně se empatie odehrává mezi dvěma osobami, ale může probíhat i mezi více lidmi. Zde však významnou úlohu sehrává bezprostřední komunikace. Empatie může probíhat i tehdy, když slova nejsou vyslovená a stačí pohled očí, drobné gesta, řeč, mimika.

K tomu, abychom pochopili empatii jako samostatný jev, je nutné vědět o úrovních empatie.

Empatie je podstatným prvkem mezilidských vztahů a jejím hlavním cílem a smyslem by mělo být pomoci člověku, který naši pomoc potřebuje. Empatie, která tvoří dvě na sebe

navazující složky, poskytuje ucelený obraz o pacientově prožívání, a to v oblasti poznávací – kognitivní, tj. v jakém duševním stavu se pacient nachází, jakou má náladu, co potřebuje, co očekává a jaký je způsob jeho myšlení. Umožňuje tím sestře předvídat myšlenkové procesy a reakce pacienta a pomáhá jí sledovat věci z jeho pohledu. Emocionální složka představuje již samotné vcítění do stavu pacienta.

Tyto dvě složky nemohou existovat odděleně. Navzájem se prolínají a determinují. Empatická sestra usiluje o vnímání, poznání a pochopení vnitřního světa pacienta a dívá se na svět jeho pohledem. Poznání emocí se nazývá identifikace neboli ztotožnění a v praxi jde o vnitřní naladění sestry na pacienta. Jeho podstata spočívá v tom, že sestra dovede být, i když jen malou chvíli v roli pacienta, vzdát se vlastní identity. Empatie odráží zážitky a psychický stav, proto jsou emoce na prvním místě, uvádí Gulášová (2009, s. 10). Pokud pacient zjistí, že se jej někdo snaží pochopit, aby mu pomohl, pak empatii nebrzdí, ale usiluje o spolupráci, což je velmi potřebné v ošetrovatelském vztahu. Zaměřenost na hlubší porozumění druhého si vyžaduje zvláštní nastavení, které v sobě zahrnuje jakoby úplné zapomnění na sebe.

Předpokladem empatie v ošetrovatelských situacích je bezprostřední komunikační kontakt mezi sestrou a pacientem. Empatické pochopení sestra vyjadřuje především neverbální složku komunikace. Kladení otázek může vyvolávat dojem manipulace do rozhovoru a pacient na tuto situaci nemusí být připraven nebo komunikovat nechce. Komunikační základy empatie tedy obsahují jak neverbální, tak verbální složku ve vzájemném vztahu. V neverbální komunikaci jde o dorozumívání se a výměnu informací nezávisle na řeči a slově, tj. mimika, gestikulace, pohledy očí, pohyby rukou a těla, ale i dodržování odstupů při interakci. V této souvislosti můžeme hovořit o empatii jako o zvnitřněném informačním propojení mezi člověkem a člověkem. Vzniká zde vzájemné porozumění na vyšším stupni, které zohledňuje individualitu druhého zúčastněného. Empatii tedy můžeme chápat jako určitý druh komunikace. Dialog zde má své místo a jako otevřená komunikace je vhodným místem pro empatii. Uplatnění empatie v práci sestry by se mělo stát základem pro zkvalitnění vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem, mělo by vést k porozumění a vzájemnému pochopení.

Sestra, která je schopna empatie, působí na pacienta pozitivně, když:

- vzbuzuje v pacientovi jistotu a bezpečí „*jsem s vámi*“;
- poskytuje citovou pomoc a déletrvající citovou oporu;
- poskytuje pacientovi pocit spoluúčasti „*dovedu vás pochopit*“;
- vytváří podmínky pro smysluplný, efektivní rozhovor;
- vzbuzuje v pacientovi pocit chápající spoluúčastnice „*konečně mi někdo rozumí, konečně někdo chápe*“;
- rychle rozezná psychické potřeby pacienta – ví, co pro něj může udělat;
- rozumí odchýlkám v jeho chování – umí zvolit nejlepší přístup k němu;
- věří subjektivním pocitům pacienta – bolest, strach, úzkost...;
- rozumí životní situaci pacienta;
- pomáhá pacientovi zmírňovat tíhu jeho problémů;
- zvyšuje v očích pacienta kulturu ošetrovatelské péče.

Když pacient hovoří se sestrou, ne vždy sděluje vše, co cítí. Pacient však potřebuje mít jistotu, že sestra reaguje na jeho prožívání, podněty, připomínky, prosby. Pacient se potřebuje ubezpečit, že sestra je tu pro něj, že mu naslouchá, že chce pomoci. Empatie je schopnost, kterou má v sobě každý člověk, jen u každého se projevuje jinak. Obecně se předpokládá, že lidé pracující ve zdravotnické nebo jiné pomáhající profesi mají v sobě větší empatické schopnosti. Tyto schopnosti však nejsou trvalou vlastností, mohou být v různých fázích života ovlivněny událostmi, které prožíváme, nebo životními zkušenostmi, které jsme získali.

Mezi nejčastější činitele, které ovlivňují rozvoj empatie, patří například množství a kvalita životních zkušeností, specifické zážitky, životní orientace, intenzivní účast v blízkých a rodinných vztazích, životní situace spojené s konflikty a napětím, častější změny společenského prostředí, povolání, ve kterém je neustálý styk s lidmi, prožité krizové situace, vhodné rysy rodinné atmosféry. Činitelů, kteří empatii snižují, je také velké množství. Patří zde zejména nemoc, záporné emoce, funkční poruchy, neuspokojené biopsychosociální a spirituální potřeby, velká míra zodpovědnosti, egoismu, faktory komplikující komunikaci, duševní choroby, požívání alkoholu, nevhodné rodinné či pracovní prostředí, společenská atmosféra.

Závěr

Empatie ulehčuje interakci a komunikaci na úseku zdravotnictví. Záleží na každé sestře, jak dovede empatii rozvíjet a uplatňovat v praxi. Empatická sestra neomezuje, ale ulehčuje vyjádření pocitů pacienta, aby mohla pochopit jeho aktuální emoční stav. Sestra tyto pocity může chápat, ale ne prožívat. Empatie je velmi blízká soucitu, a ten může sestru negativně ovlivnit tím, že ztrácí vlastní soudnost a vstupuje do pocitů pacienta a jeho reakcí, jako by byly její. Emoce mohou dominovat nad racionálním hlediskem, impulsivnost může ohrozit vlastní bezpečnost a intervence ve prospěch pacienta se stává neefektivní. Umění sestry proniknout do duše pacienta, být mu na blízku v těžké životní situaci je profesionálním mistrovstvím, které by měl zdravotník v průběhu své profese zvládnout.

Použitá literatura

- [1] GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchové aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009, 99 s. ISBN 978-80-8663-305-9.
- [2] ROGERS, C. R. 1995. *Jako byť sám sebou*. Bratislava: Iris, 1995, 386 s. ISBN 80-88778-02-6.
- [3] SIDOROVÁ, E., JAKUBÍKOVÁ, M. 2003. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Prešov: Fakulta zdravotníctva, 2003.
- [4] ZACHAROVÁ, E. 2007. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Adresy autorů:

Doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta
Syllabova 19, Ostrava-Zábřeh
email: eva.zacharova@seznam.cz

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Bratislava
Narcisová 40
821 01 Bratislava
e-mail: ivica.gulasova@post.sk

REFLEXIA PREDISUDKOV V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Mária Zamboriová¹, Viera Simočková²

¹Univerzita P. J. Šafárika, Košice, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

²Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra pôrodnej asistencie

Abstrakt

Východiská

Implementácia kultúrnych kompetencií vo vzdelávaní sestier vytvára napätie v profesii ošetrovateľstva a širšej spoločnosti. Pojmy ako sú predsudky, stereotypy sú zadefinované, no je nutné argumentovať a opísať tieto javy aj v ošetrovateľskej praxi. Tento článok obsahuje stručný prehľad o tom, ako sestry môžu bojovať proti predsudkom.

Súbor

Súbor tvorilo 409 sestier z rôznych pracovísk. Prieskumu sa zúčastnilo 97 % žien a 3 % mužov. Priemerný vek respondentov bol 33 rokov, najnižší vek bol 20 rokov, najvyšší dosiahnutý vek 57 rokov.

Metódy a vzorka výskumu

Na zber dát bol použitý neštandardizovaný dotazník. 450 sestier z rôznych oddelení boli požiadané o vyjadrenie ich postojov a predsudkov voči pacientom z rôznych kultúr a oblastí. Otázky týkajúce sa ochoty k spolupráci v rámci ošetrovateľského tímu s ľuďmi z rôznych kultúr boli tiež zahrnuté.

Výsledky

Osobné skúsenosti v ošetrovateľskej starostlivosti o rómsku komunitu udáva 76 % sestier a 23 % všetkých opýtaných kontakt s komunitou Jehovistov; zriedka sa vyskytuje kontakt s ostatnými komunitami. Najčastejším problémom v starostlivosti je vykonávanie hygieny (44 %), veľmi časté návštevy rodinných príslušníkov (31 %), komunikačné bariéry (20 %) a rôzne telesné pachy (18 %). Len veľmi malé percento (10 – 15 %) sestier popiera spoluprácu s odborníkmi z rôznych kultúr.

Záver

Je výzvou pre sestry, aby pokračovali vo svojom úsilí pochopiť a prekonať predsudky, ktoré inak bránia hľadaniu nových možností. Transkultúrne poňatie ošetrovateľskej starostlivosti poskytuje komplexný rámec pre poskytovanie kultúrno-kompetentnej ošetrovateľskej starostlivosti o jednotlivca, rodiny, skupiny, komunity. Preto je nevyhnutné kontinuálne formálne a neformálne vzdelávanie v ošetrovateľstve v tejto oblasti.

Kľúčové slová

Predsudky. Sestry. Ošetrovateľská prax.

REFLECTION OF PREJUDICE IN NURSING PRACTICE

Abstract

Introduction

The implementation of cultural safety in nursing education has created tension within the profession and between nursing and the wider community. The notions prejudice and possibility are argued to describe this phenomenon within the nursing practice . This article provides a brief overview about how nurses can fight against prejudice.

Sample

Research ample consisted of 409 nurses from various departments. Participants in the survey were 97 % of women and 3 % of men. The average age of respondents was 33 years, the minimum age was 20 years, the highest attained age 57 years.

Methods and sample of the research

The non standardized questionnaire was used to collect data. 450 nurses from various departments were asked to check their attitude and prejudice to the patients from different cultures. Questions about willingness to cooperate within nursing team with people from different cultures were included as well.

Results

The personal experience within nursing care of roma's community declare 76 % of nurses and 23 % declare contact with Jehovist's community, rarely occurs contact with others communities. The most common problem within care is performing hygiene (44 %), very frequent visiting of family members (31 %), communication barrier (20 %) and different body fetor (18 %). Only very short percentage (10 – 15 %) of nurses negate cooperation with professionals from different cultures.

Conclusion

Nurses are challenged to continue their efforts to understand and move beyond the prejudices that otherwise preclude the exploration of new possibilities. Transcultural concepts in nursing care provide a comprehensive framework for providing culturally competent nursing care for individuals, families, groups, communities. Continual formal and non formal training is required in nursing in this field.

Key words

Prejudices. Nurses. Nursing practice.

Úvod

Predsudok je fixovaný, vopred sformovaný postoj k nejakému objektu, prejavujúci sa bez ohľadu na individualitu alebo povahu objektu. Človek, ktorý má predsudky, nezvažuje pri posudzovaní druhých žiadne alternatívne vysvetlenie. Výsledok jeho interpersonálneho hodnotenia druhého je vopred určený nejakou ľubovoľnou vlastnosťou druhého. Predsudky sú

negatívne i pozitívne. Psychológia však venuje viac času skúmaniu negatívnych predsudkov, zvlášť etnickej a rasovej neznášanlivosti.

Jandourek (2007) charakterizuje predsudok ako emocionálne silno zafarbený úsudok o druhých osobách, skupinách alebo o nejakých záležitostiach, ktorý je problematické zmeniť na základe nových skúseností a informácií. Ide o druh stereotypu. Predsudok sa často zakladá na neúplných alebo nepravdivých informáciách.

Predsudky spôsobujú odmietanie skupín ľudí nie preto, že niečo zlé vykonali, ale napr. preto, že patria k istej etnickej alebo náboženskej skupine. Predsudok je preferovanie vlastného ja, potláčanie všetkého odlišného od nás, strach z cudzieho, ktorému nerozumieme. Je to neschopnosť kriticky sa dopracovať a vecne prehlbovať zodpovedajúci názor na odlišnosť ľudí, neuznanie jedinečnosti a nenahraditeľnosti každého človeka so súčasným preceňovaním vlastného ja.

Pretože predsudky sú druhom postoja, spôsobujú sklon k negatívnemu jednaniu voči objektu predsudku, a pretože sú iracionálne, sú veľmi odolné voči zmenám a rezistentné voči racionálnej argumentácii (Nakonečný, 1997).

Problematika etnických stereotypov a predsudkov predstavuje špecifickú sféru všeobecnejšej problematiky sociálnych stereotypov, kde je potrebné venovať pozornosť v teoretickej rovine, v rovine empirických výskumov, ale i pri využití poznatkov multikultúrnej výchovy (Novotná, 2011).

Väčšina autorov zaoberajúca sa problematikou predsudkov sa zhoduje v tom, že predsudky sú získané, jednotlivci sa ich učia v procese interakcie s členmi vlastnej skupiny a to, voči ktorým skupinám bude mať predsudky je podmienené prostredím.

Zdravotníctvo má poslanie slúžiť človeku, udržiavať a upevňovať zdravie, ktoré je najvyššou hodnotou ľudského života. Každé povolanie kladie určité požiadavky na osobnosť pracovníka a vyžaduje splnenie špecifických požiadaviek (Dimunová, 2009, s. 29).

Sestry ako zdravotnícki profesionáli prichádzajú pri vykonávaní ošetrovateľskej činnosti do kontaktu s rôznymi komunitami a etnickými skupinami. Je veľmi pravdepodobné, že v procese interakcie s členmi uvedených skupiny môžu byť sestry ovplyvňované predsudkami majoritnej spoločnosti. Kadučáková (2007, s. 135) uvádza, že v masmédiách sú tieto skupiny prezentované ako „problémové osoby“ a spoločnosť je k nim viac xenofóbna ako tolerantná, čím sa sťažuje ich integrácia a znižuje ich kvalita života.

Veľmi závažným problémom môže byť predsudok rasový. S ním sa dá stretnúť i vo vzťahu k poskytovaniu lekárskej či ošetrovateľskej starostlivosti. V tejto súvislosti by sme chceli upozorniť na výskum (Václavíková, Cichá, 2006), ktorého cieľom bolo zistiť, aké sú postoje sestier k rómskemu etniku, a či sa u nich objavujú xenofóbne alebo priamo rasistické postoje vo vzťahu k Rómom. Predsudky sa u sestier neobjavujú len vo vzťahu k pacientom, ale tiež aj v interpersonálnych vzťahoch, pričom i také predsudky môžu nakoniec negatívne ovplyvniť chorého.

Predsudky sú závažným spoločenským ale aj profesijným problémom, preto je potrebné venovať uvedenej problematike viac pozornosti aj v ošetrovateľstve. Predsudky môžu

negatívne vplývať na výkon činností. Je potrebné, aby sestry vedeli prehodnocovať svoje názory, aby sa stali myšlienково zrelé, samostatné a kriticky mysliace. Aby vedeli pochybovať a znova a znova prehodnocovať svoje názory.

Cieľ

Cieľom nášho prieskumu bolo identifikovať možné oblasti predsudkov u sestier a zároveň zistiť skúsenosti s ošetrovaním iných kultúr.

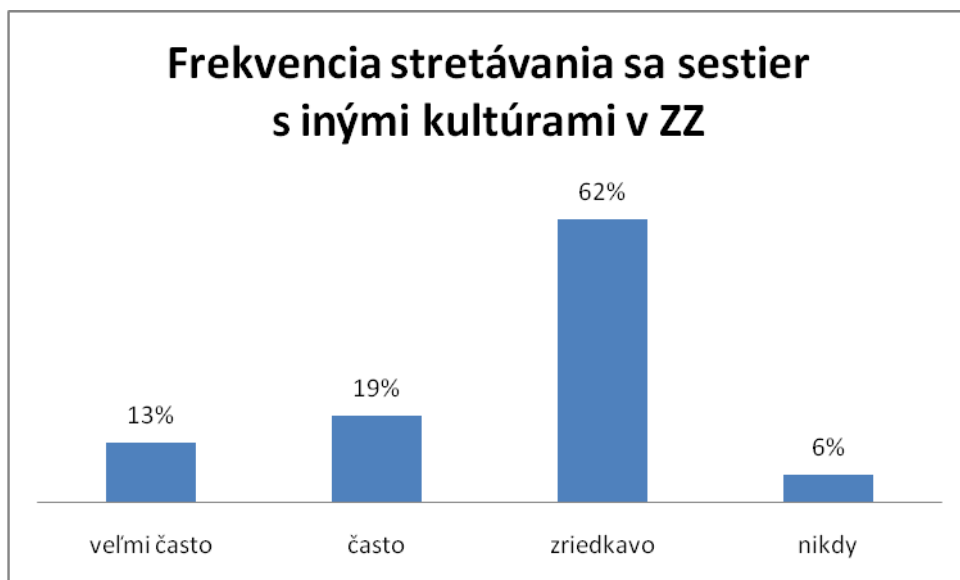
Súbor a metódy

Zvolili sme metódu neštandardizovaného dotazníka. Dotazník pozostával z 19 položiek týkajúcich sa problematiky predsudkov. Rozdaných bolo 450 dotazníkov študentom externého štúdia ošetrovateľstva na bakalárskom a magisterskom stupni. Návratnosť bola 91 % (409 ks). Výskum bol realizovaný v mesiaci marec – jún 2010.

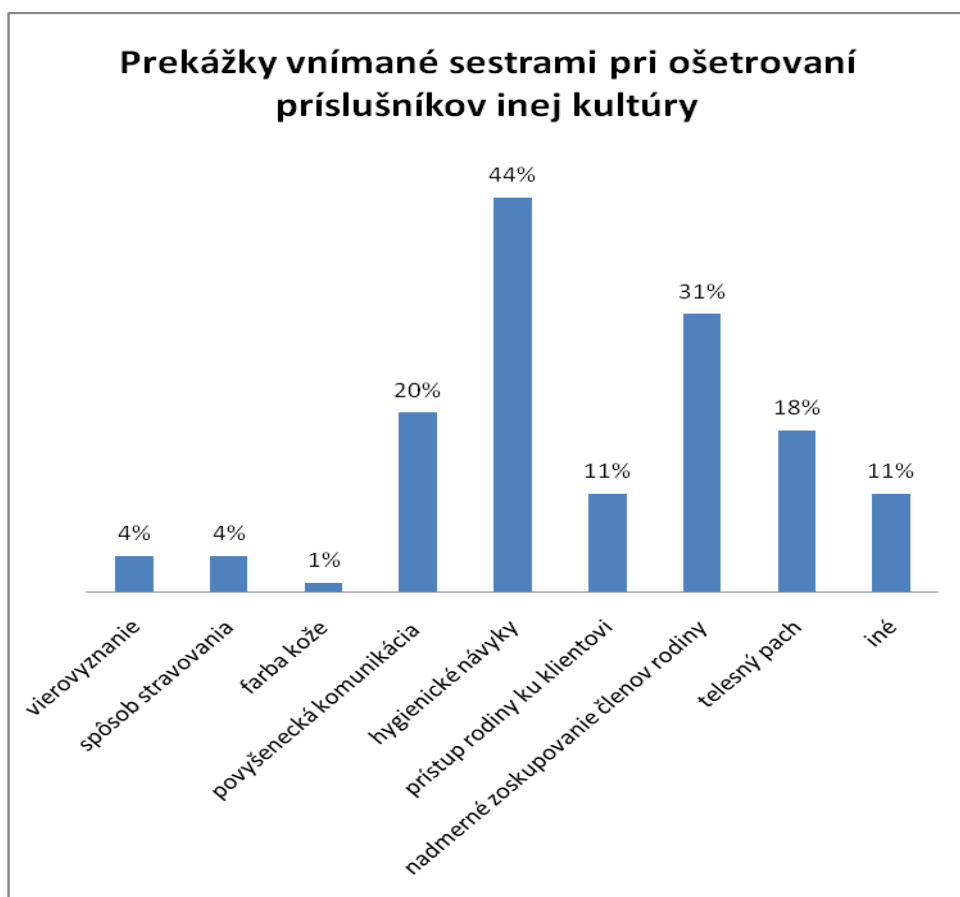
Prieskumu sa zúčastnilo 97 % žien a 3 % mužov. Priemerný vek respondentov bol 33 rokov, najnižší vek bol 20 rokov, najvyšší dosiahnutý vek 57 rokov. Priemerná dĺžka praxe v zdravotníckom zariadení bola 25 rokov, minimálna prax bola 1 rok, maximálna prax 36 rokov. Vzdelanostne prevažovali sestry s ukončeným stredným odborným vzdelaním (56 %). Na základe rodinného stavu prevažovali sestry vydaté/ženatí (60 %).

Výsledky

Nižšie uvádzame pomocou grafického znázornenia vybrané výsledky týkajúce sa predsudkov z pohľadu sestier.



Graf 1 Frekvencia stretávania sa sestier s inými kultúrami v zdravotníckych zariadeniach (ZZ)



Graf 2 Prekážky vnímané sestrami pri ošetrovaní príslušníkov inej kultúry



Graf 3 Skupiny, s ktorými by mali sestry problém komunikovať



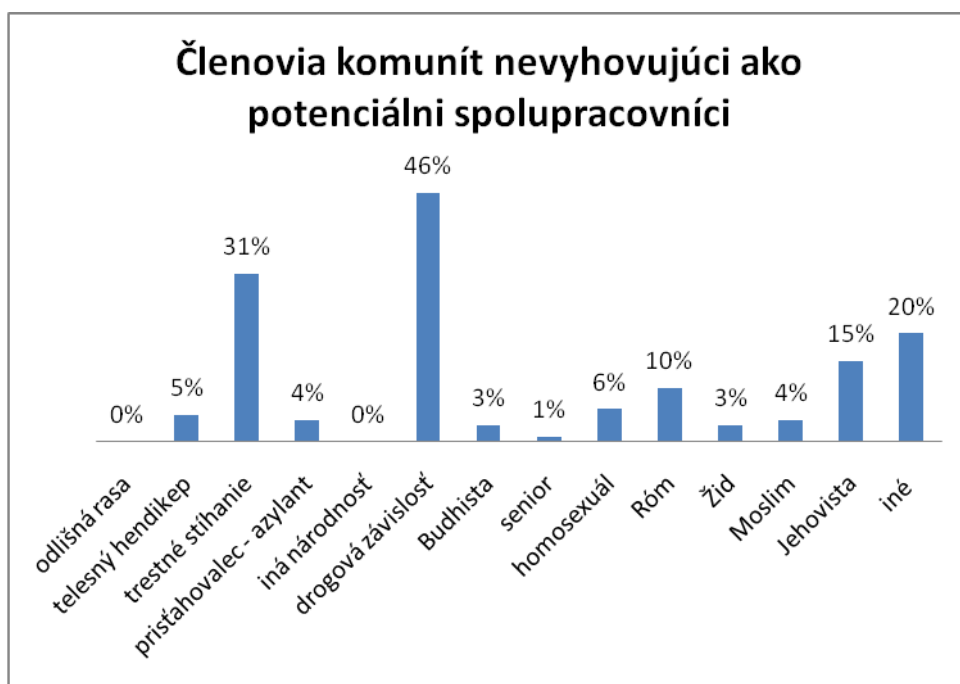
Graf 4 Skupiny, pri ktorých by mali sestry problém vykonávať ošetrovateľské intervencie



Graf 5 Skupiny, s ktorými majú sestry osobnú skúsenosť s ošetrovaním



Graf 6 Najčastejšie problémy týkajúce sa kultúrnych odlišností



Graf 7 Členovia komunít nevyhovujúci ako potenciálni spolupracovníci

Diskusia

Stereotypy a predsudky sú spôsoby, akými kategorizujeme svet okolo nás. V prípade predsudkov ide o iracionálne pocity, strach a antipatiu. Môžu sa chápať ako filtre, ktoré nás chránia pred pretlakom informácií a umožňujú nám posudzovať ľudí, ktorých osobne nepoznáme alebo ktorých poznáme len povrchné. Predsudky teda určitým spôsobom skresľujú naše vnímanie reality. V tomto zmysle by sa dalo tvrdiť, že predsudky plnia v našom živote pozitívnu úlohu, lebo nám umožňujú rýchlo sa rozhodnúť. Veľmi často sa

však využívajú na ospravedlnenie a podporu názorov a hodnôt majoritnej spoločnosti. To, čo je „spoločné“ pre majoritnú populáciu, sa považuje za normálne. Na druhej strane konanie ľudí z iných sociálnych skupín alebo príslušníkov menšín sa vníma ako menejcenné, ak nie je v súlade s normami majoritnej spoločnosti (Dost! ..., 2011). Našou úlohou bolo zistiť, či sa mení správanie sestry v kontakte s príslušníkom mimo majoritnej populácie.

Z odpovedí sestier vyplýva, že takmer 1/3 respondentiek sa pri výkone svojej práce stretáva aj s inými kultúrami a etnickými skupinami. Zistovali sme, s ktorými skupinami pacientov sa sestry najčastejšie stretávajú pri výkone svojej práce. Viac ako 3/4 sestier uviedli seniorov a Rómov.

Predsudky voči Rómom, židom či moslimom sa podľa Slovenského národného strediska pre ľudské práva (SNSLP) prehlbujú. Podiel ľudí, ktorí by príslušníkov týchto skupín nechceli mať za suseda, sa zvýšil. Vyplýva to z porovnania prieskumov SNSLP (Slovenské národné stredisko pre ľudské práva) z rokov 2006 a 2008. Susedstvo s Rómami prekážalo štyrom pätinám opýtaných, žida by za suseda nechcela mať viac ako štvrtina respondentov (Predsudky ..., 2009).

Ako najčastejšie prekážky pri ošetrovaní iných etník vnímajú sestry hygienické návyky a nadmerné zoskupovanie rodinných príslušníkov. Problém s komunikáciou by mali hlavne s rómskym etnikom (27 %), Jehovistami a trestne stíhanými. Medzikultúrna komunikácia zohráva významnú rolu aj v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti nielen s ohľadom na jazykové dorozumenie sa, zvyky, náboženské presvedčenie a životné hodnoty, ale aj s vedomosťami o biologických odlišnostiach (Hornáková, Sušinková, 2007).

Ošetrovateľské intervencie by mala problém vykonávať 1/4 respondentiek u bezdomovcov, na druhej pozícií sú Rómovia (21 %). Vo výskume Václavíkovej, Cichej (2006) odpovedalo až 41 % respondentov, že by malo problém s ošetrovaním rómskych pacientov.

V prieskume pre SNSLP, ktorý vykonala agentúra Focus v septembri 2008, sa zapojilo 1009 respondentov. Na otázku: Koho by ste nechceli mať za suseda odpovedali: drogový závislý – 88,6 %, Róm – 82,4 %, človek so záznamom v trestnom registri – 71,3 %, moslim – 54,7 %, homosexuál – 51,2 %, človek odlišnej rasy – 39,5 %, zdravotne postihnutý – 8,7 % (Predsudky ..., 2009).

Pri zisťovaní názoru sestier na skupinu, z ktorej by im najmenej vyhovoval spolupracovník, takmer polovica sestier uviedla, že by nechcela mať kolegu, o ktorom by vedela, že bol drogový závislý. Tretina respondentov uviedla ako nevyhovujúceho spolupracovníka, ktorý bol trestne stíhaný. S Rómom ako kolegom by malo problém 10 % opýtaných. V Českej republike v už spomínanom výskume Václavíkovej, Cichej (2006) odpovedalo 14 % respondentov, že by malo problém s rómskym spolupracovníkom.

Častým predsudkom poznamenávajúcím negatívne prácu sestier je taktiež ageizmus (diskriminácia starých ľudí). Zďaleka nie je ani v zdravotníctve tak vzácny, ako je všeobecne vnímaný. Predpokladá sa totiž, že zdravotníci sú o starnutí a starobe podrobne informovaní, a že ich vzťah k starým ľuďom je (vďaka ich profesionalite) nezaťažený ageistickými predsudkami (Cichá et al., 2009).

Záver

Predsudky si prinášame z detstva, prípadne už zo štádia, keď sme neboli ešte ani koncepciou v mysliach rodičov. Nikto nemal možnosť vybrať si, ako bude nastavený pre život, nastavili nás genetické predpoklady, konkrétni ľudia, výchova, kultúra, prostredie, udalosti a mnoho iného. Prečo sa teda teraz chceme pri plnom vedomí zbavovať niečoho, čo nám sformovalo pohľad na samých seba a predovšetkým na svet okolo? Predsudky vedú k rozmanitým javom – od homofóbie až po krajné prejavy rasizmu. Človek obkľúčený a stiesnený vlastnými predsudkami bezpochyby je človekom obmedzeným, neslobodným, čo občas prerastá až do extrémov, v ktorých sa snaží obmedzovať slobodu a práva ostatných. Predsudky totiž ani zďaleka nie sú len o postoji k iným rasám, menšinám a tak ďalej. Ešte oveľa viac sú predsudky o tom, že s niektorými ľuďmi sa na prvý pohľad chceme baviť, s inými nie. Právo jednotlivca mať predsudky končí presne tam, kde začína existencia ostatných osôb (Straka, 2003).

Je výzvou pre sestry aby pokračovali vo svojom úsilí pochopiť a prekonať predsudky, ktoré inak bránia hľadaniu nových možností. Transkultúrne poňatie ošetrovateľskej starostlivosti poskytuje komplexný rámec pre poskytovanie kultúrno-kompetentnej ošetrovateľskej starostlivosti o jednotlivca, rodiny, skupiny, komunity. Preto je nevyhnutné kontinuálne formálne a neformálne vzdelávanie v ošetrovateľstve v tejto oblasti.

Odporúčania pre prax

Vo vzdelávaní i praxi sestier je potrebné zabezpečiť tréning sociálnych zručností na elimináciu predsudkov a stereotypných foriem správania a rešpektovať princípy transkultúrneho ošetrovateľstva (Suchanová, Tirpáková, Sováriová-Soósová, 2005).

Sestry tolerujúc práva jednotlivca sú povinné pracovať na svojich predsudkoch, prehodnocovať ich a modifikovať svoje správanie tak, aby bolo v súlade s profesijnými hodnotami, čo v konečnom dôsledku môže výrazne ovplyvniť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti.

Sestry by sa mali vyhýbať unáhleným zovšeobecneniam, mali by mať realistický pohľad na seba, nepreberať názory a postoje iných spolupracovníkov, nepodľahnúť verejnej mienke a potvrdzovať samých seba vo vzťahu k aktuálnym a potenciálnym situáciám vo vzťahu k ľuďom z inej kultúry, iného vierovyznania a pod.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] CICHÁ, M., VÁVROVÁ, S., DORKOVÁ, Z. 2009. Stereotypy, předsudky a mýty v práci zdravotníků. In *Etické aspekty ošetrovateľskej péče v teorii a praxi : Sborník z 1. konference k aplikované etice s mezinárodní účastí*. [CD-ROM]. Ed. Z. Dorková, A. Krátká, Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8, s. 30-36.
- [2] DIMUNOVÁ, L. 2009. Práca na zmeny u sestier a jej dopad na výskyt kardiovaskulárných rizikových faktorov. In *Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu IV : Sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetrovateľství*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-521-5. s. 29-32.

- [3] *Dost'! Dosta! Prekonaj predsudky – spoznaj Rómov!* 2011. [online]. Úrad vlády Slovenskej republiky. [cit. 2011-11-04]. Dostupné na internete: <http://www.radaeuropy.sk/swift_data/source/dokumenty/ikre/aktivita/Dosta!/Dosta.pdf>
- [4] HORŇÁKOVÁ, A., SUŠINKOVÁ, J. 2007. Úspešná medzikultúrna komunikácia. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2007, roč. 6, č. 7 – 8, s. 14.
- [5] JANDOUREK, J. 2007. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2007. 286 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
- [6] KADUČÁKOVÁ, H. 2007. Psychosociálna problematika u detských azylantov. In *Ošetrovatelstvo a zdravie*. Trenčín : TU A. Dubčeka v Trenčíne, ÚZaO, 2007, s. 135-143. ISBN 978-80-8075-208-8.
- [7] NAKONEČNÝ, M. 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha : Academia, 1997.
- [8] NOVOTNÁ, V. 2011. *Slovní asociace ve výzkumu bilingvizmu ve Vojvodině*. [online]. [cit. 2011-12-07]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Olostiak1/pdf_doc/53.pdf>.
- [9] *Predsudky voči Rómom, Židom či Moslimom sa stále viac prehlbujú*. 2009. [online]. [cit. 2009-07-22]. Dostupné na internete: <http://spravy.pravda.sk/predsudky-voci-romom-zidom-ci-moslimom-sa-stale-viac-prehlbuju-pv1-/sk_domace.asp?c=A090104_120536_sk_domace_p12>.
- [10] STRAKA, M. 2003. Predsudky voči predsudkom. [online]. [cit. 2003-09-22]. Dostupné na internete: <<http://www.inzine.sk/article.asp?art=9837>>.
- [11] SUCHANOVÁ, R., TIRPÁKOVÁ, L., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2005. Vplyv chudoba na zdravie. In *Sestra*. ISSN 1336-8109, 2005, roč. 4, č. 10, s. 12-13.
- [12] VÁCLAVÍKOVÁ, M., CICHÁ, M. 2006. Postoje středního zdravotnického personálu k lidem romského etnika. In *Florence*. Praha : Galén. ISSN 1801-464X, 2006, roč. II., č. 9, s. 52-55.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

Ústav ošetrovatelstva

UPJŠ LF

Tr. SNP 1

040 66 Košice

e-mail: maria.zamboriova@upjs.sk

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

e-mail: viera.simockova@ku.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A JEJ VÝZNAM V PREVENCII PORESUSCITAČNÝCH KOMPLIKÁCIÍ PACIENTOV

Katarína Zrubáková¹, Katarína Schlosserová², Zuzana Dubná³

¹Fakulta zdravotníctva, KU Ružomberok, ²Nemocnica Topolčany, Oddelenie akútnej a intenzívnej medicíny, ³King Faisal Specialist Hospital, Jeddah, Saudská Arábia

Abstrakt

Intenzívna starostlivosť o kriticky chorých nie je možná bez intervencii sestier. Sestra pracujúca na oddelení intenzívnej starostlivosti musí vedieť rýchlo posúdiť a hodnotiť stav pacienta, okamžite reagovať na zmeny zdravotného stavu a realizuje všetky výkony, ktoré určuje vyhláška MZ SR č.364/2005 Z. z.. Základným cieľom intenzívnej starostlivosti sestier o kriticky chorých je prevencia život ohrozujúcich arytmií, prevencia komplikácií základného ochorenia a zmiernenie závažného stresu pacienta, čomu sa venujeme i v príspevku. V úvode stručne popíšeme poresuscitačnú starostlivosť, poresuscitačné komplikácie a základné povinnosti sestry v poresuscitačnej starostlivosti. Na príklade troch kazuistík opíšeme realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti v praxi, porovnáme výsledný efekt liečby a ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých prípadoch.

KLúčové slová

Kriticky chorí. Ošetrovateľstvo v intenzívnej starostlivosti. Poresuscitačné komplikácie. Poresuscitačná starostlivosť sestier.

NURSING CARE AND ITS MEANING IN THE PREVENTION OF PATIENTS BY POSTRESUSCITATIONS COMPLICATION

Abstract

Intense care of critically ill patients it's not possible without nurse intervention. Nurse, which is working in the intensive care department, has to know quickly qualify and evaluate a patienthood, immediately reacts to the health conditions changes, which defined a regulation MZ SR No. 364/2005 Z.z. In intensive nurses care of critically ill patients belongs to the basic target following points: prevention for a life threatening arrhythmia, prevention before complications by basic affection and patients stress reduction, what we devoted in the contribution. In the introduction we shortly describe a postresuscitations cares, postresuscitations complications and a basic duties of nurse in potresuscations care. By example of 3 case studies we have described a nurse's care realization in praxis; compare a resultant effect of treatment and nursing care by individual cases.

Key words

Critically ill patients. Nursing in intensive care. Postresuscitations complications. Postresuscitation nurses care.

Úvod

Náhla zástava srdca je synonymom smrti. Srdce prestane biť, človek prestane dýchať a mozog prestane fungovať v dôsledku zastavenia prietoku krvi ku zvyšku tela. Z klinického hľadiska je možné takúto situáciu zvrátiť, ak sa včas podarí obnoviť činnosť srdca a tým prietok krvi v tele účinnými opatreniami a tak prinavrátiť postihnutú osobu späť k životu. Rôzne štúdie uvádzajú, že obnoviť činnosť srdca je možné v 20-50% prípadov, ale bohužiaľ je stále vysoký počet pacientov, ktorí zomierajú kvôli rôznym komplikáciám. Skutočné prepustenie z nemocnice je oveľa nižšie a odráža počiatkové obdobie postihnutia organizmu zástavou srdca. Podľa zdroja (www.horizonresearch.org)... *v prípadoch, v ktorých došlo k zástave srdca mimo nemocničného prostredia, sa prepustenia z nemocnice dožije približne 15%, v prípadoch zástavy srdca v nemocnici sú výsledky lepšie, asi 25%*. Po obnovení činnosti srdca, ku ktorému môže dôjsť až v 50% prípadov, dochádza neskôr ku značným škodám, ktoré majú vplyv na životne dôležité orgány a ktoré majú za následok to, že väčšina ľudí nakoniec umiera v dôsledku komplikácií. Odhaduje sa, že 1/3 pacientov zomiera v dôsledku poškodenia myokardu, ďalšia tretina na rôzne zápalové komplikácie a tretina pacientov zomiera následkom trvalého neurologického poškodenia. V tejto súvislosti si uvedomujeme, že „*plnohodnotné funkcie mozgu znamenajú obnovu ľudského bytia, umožňujú človeku vnímať a uvedomovať si okolitý svet a zasahovať do neho*“ (Ševčík, 2003, s. 382). V príspevku sme sa preto zamerali na poresuscitačnú starostlivosť, význam tímovej spolupráce v prevencii komplikácii, ale hlavne na intervencie sestry pri realizácii komplexnej starostlivosti o pacienta.

Cieľ príspevku

1. Definovať termíny- poresuscitačná starostlivosť, poresuscitačné komplikácie.
2. Poukázať na význam ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po kardiopulmonálnej resuscitácii.
3. Prostredníctvom kazuistik troch pacientov, prakticky predviesť aký vplyv má starostlivosť na výskyt možných komplikácií z hľadiska kvality dlhodobého prežívania týchto pacientov.

I Východiská riešenej problematiky

Poresuscitačná starostlivosť

Poresuscitačná starostlivosť sa vykonáva na špecializovaných pracoviskách vybavených potrebnou prístrojovou technikou, zdravotníckym materiálom, liekmi a vyškoleným personálom. Je to komplexná starostlivosť o obnovu a navrátenie všetkých telesných i duševných funkcií do normálneho stavu - pokiaľ je to len možné. V poresuscitačnej starostlivosti sa venuje pozornosť mozgu a jeho návratu činnosti do normálneho stavu. Poškodenie mozgu je po resuscitácii časté. Rozsah poškodenia je závislý na trvaní zástavy obehu, na zahájení a kvalite resuscitačných postupov, ako aj na kvalite následnej starostlivosti po neodkladnej resuscitácii. Kvalitu prežitia určuje predovšetkým funkčný stav mozgu pred resuscitáciou (Larsen, 2004, s. 883).

Komplikácie poresuscitačnej starostlivosti

V poresuscitačnej fáze starostlivosti dochádza k určitým komplikáciám, ktoré viac či menej môžu ovplyvňovať ďalšie prežívanie pacientov po KPR. Ich výskyt je variabilný v závislosti od veku, zdravotného stavu pacienta pred náhlou zástavou srdca, od času, ktorý uplynie od začiatku udalosti až do poskytnutia účinnej odbornej pomoci. Komplikácie môžu vzniknúť kedykoľvek v priebehu KPR a v poresuscitačnej fáze starostlivosti a týkajú sa zdravotného stavu pacienta alebo sú to komplikácie súvisiace so zabezpečením základných životných funkcií. Rozdeľujeme ich na: komplikácie vlastnej resuscitácie, komplikácie niektorých výkonov a liečebných opatrení, poresuscitačné komplikácie jednotlivých orgánových systémov.

Komplikácie vlastnej resuscitácie

Ku komplikáciám môže dôjsť i napriek správne vykonávanej KPR. Najdôležitejšie komplikácie KPR sú: zlomeniny rebier a hrudnej kosti, pneumothorax, hemothorax, hemoperikard, ruptúra pečene, sleziny, žalúdka, bránice, regurgitácia a aspirácia do pľúc (Larsen, 2004, s. 882).

Komplikácie niektorých výkonov a liečebných opatrení

Pri zabezpečovaní základných životných funkcií a následnej poresuscitačnej starostlivosti sa môžu vyskytnúť rôzne problémy. Tieto problémy sa podieľajú na vzniku mnohých komplikácií, ku ktorým patria predovšetkým komplikácie súvisiace so zabezpečením DC, so zabezpečením vstupu do krvného obehu, s umelou pľúcnou ventiláciou. Taktiež aj použite miernej terapeutické hypotermie môže mať svoje komplikácie. V intenzívnej starostlivosti sú špecifikom rôzne invazívne vstupy, ktoré môžu byť zdrojom nozokomiálnych nákaz. Tieto sa podieľajú na vzniku závažných infekčných komplikácií.

Poresuscitačné komplikácie jednotlivých orgánových systémov

Pacient po úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii môže byť ohrozovaný komplikáciami všetkých orgánových systémov. Zástava srdca je extrémna forma šokového stavu, pri ktorom dochádza k úplnej zástave dodávky kyslíka ku tkanivám. Včasnou optimalizáciou hemodynamiky dosiahneme obnovenie nepomeru medzi dodávkou a spotrebou kyslíka v tkanivách (Černý, 2009).

Úloha sestry v poresuscitačnej starostlivosti

Sestra so špecializáciou v intenzívnej starostlivosti o dospelých je kompetentná poskytovať intenzívnu starostlivosť pacientom, u ktorých dochádza k zlyhaniu základných životných alebo ktorým toto zlyhanie hrozí. Sestra samostatne a bez ordinácie lekára sleduje a analyzuje základné životné funkcie, hodnotí závažnosť stavu a vykonáva KPR u chorých pri náhlom zlyhaní životných funkcií. Na základe ordinácií lekára vykonáva samostatne meranie a analýzu základných životných funkcií špecializovanými postupmi pomocou prístrojovej techniky vrátane využitia invazívnych metód. Ošetrovateľské intervencie sú plánované s ohľadom na zmeny zdravotného stavu pacienta, najmä so zreteľom na hodnoty vitálnych funkcií, EKG nález a subjektívne pocity pacienta. Súčasťou povinností sestry je vedenie resuscitačného záznamu, do ktorého zaznamenáva zmeny zdravotného stavu vrátane hodnôt základných životných funkcií (Sekáčová, 2011).

Medzi základné povinnosti sestry v intenzívnej starostlivosti patrí: komunikácia s pacientom, sledovanie neurologického stavu a RHB, kontrola funkcie prístrojov, na ktoré je pacient napojený, podávanie liekov a infúzií, starostlivosť o kanyly, drény, katétre a sondy, ošetrovanie a preväzy rán, miest po kanylácii, dekubitov atď., hygienická očista pacienta, uspokojovanie potrieb pacienta, vedenie ošetrovateľskej dokumentácie.

Sestra okamžite hlási lekárovi zmenu stavu vedomia, spolupráce a hybnosti, zmeny tvaru EKG krivky, zmeny arteriálneho tlaku + - 20 torr, zmeny CVT + - 3 torr, diuréza viac ako 300 ml/hod alebo menej ako 1ml/kg/hod., zmena TT + - 1° C, pokles SpO2 pod 90%, alarm ktoréhokoľvek prístroja monitorovaného parametra.

Rozsah poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je na oddeleniach intenzívnej starostlivosti ovplyvnený základnou diagnózou a zdravotným stavom pacienta (Kapounová, 2007, s. 21).

II Analýza problematiky

Definovanie problému

Problematika poresuscitačnej starostlivosti o pacientov po obnovení spontánneho obehu po náhlej zástave srdca je veľmi obsiahla. V dostupnej odbornej literatúre, prevažne cudzojazyčnej, je možné nájsť veľké množstvo informácií o pokynoch KPR a liečbe náhlej zástavy srdca formou odkazov či „reťazca prežitia“. Úlohám sestry je v našej (SR) literatúre venovaná menšia pozornosť. Na základe štúdia dostupnej literatúry a praktických skúseností sme si stanovili tieto problémy:

- Ktoré faktory najčastejšie vplývajú na vznik poresuscitačných komplikácií?
- Aký vplyv má kvalitná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po obnovení spontánneho obehu na poresuscitačné komplikácie?
- Aká je úloha sestry pri starostlivosti o pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii?
- Poskytujú sestry špecifické ošetrovateľské intervencie minimalizujúce riziko vzniku poresuscitačných komplikácií?

Ciele

- Identifikovať faktory, ktoré významne prispievajú k vzniku komplikácií vo včasnej a následnej poresuscitačnej starostlivosti.
- Prezentovať prácu sestry, ktorá spočíva v komplexnej intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti o kriticky chorých pacientov.
- Porovnať zhodu či rozdiel v potrebách, pocitoch, skúsenostiach u jednotlivých prípadov resuscitovaných pacientov.

Metódy

Vzhľadom k tomu, že ide o vysoko špecifickú tematiku ako hlavnú metódu sme použili kazuistiku. Na podporu validity získaných a spracovaných informácií pre realizáciu kvalitatívneho výskumu sme okrem hlavnej metódy využili i doplnujúce metódy - metodologickú trianguláciu.

Pre spracovanie problematiky sme zvolili nasledovné výskumné metódy:

- Metóda individuálnej prípadovej štúdie - hlavná metóda.
- Neštruktúrovaný rozhovor s pacientom, príbuznými, ošetrovateľským personálom.
- Obsahová analýza dokumentu : zdravotnícka dokumentácia (chorobopis, ošetrovateľské záznamy, sesterská prekladová správa z iného odd. alebo iného ZZ).

Prezentácia výsledkov

Kazuistika 1

66 ročný pacient bol na oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny Nemocnica Topolčany prijatý druhý krát v priebehu týždňa. Počas prvej hospitalizácie dňa 14. 11. 2011 bol pacient privezený po úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii k nevyhnutnej stabilizácii základných vitálnych funkcií a následne preložený na špecializované kardiochirurgické pracovisko.

Pacient je ženatý, žije s manželkou v rodinnom dome, dôchodca, predtým pracoval najskôr ako dispečer dopravy, potom pracoval na polícii do svojich 55 rokov. Lieči sa 12 rokov na diabetes mellitus II. typu na diéte a perorálnych antidiabetikách (Siofor). Okrem toho sa lieči na arteriálnu hypertenziu ESH/ESC 3, užíva Rivocor 5mg, Gopten 2mg, Lusopress 20mg. V r. 1994 prekonal cievnu mozgovú príhodu, v r.2003 bol operovaný na pravé koleno (diagnostická artroskopia), po ktorej dostal tromboflebitídu. Neudáva alergiu na lieky ani potraviny, kávu nepije, je nefajčiar takmer 30 rokov, alkohol (skôr víno) pije len výnimočne pri významnej rodinnej oslave. Z osobnej anamnézy zistujeme dôležitý poznatok, že otec pacienta zomrel na akútny infarkt myokardu ako 70 ročný a aj ďalší dvaja súrodenci majú diagnostikovanú ICHS. Pacientova matka zomrela ako 78 ročná na karcinóm prsníka.

Pacient bol preložený na oddelenie dňa 18.11.2010 z Kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny v Nitre za účelom intenzívnej poresuscitačnej starostlivosti.

Zhrnutie starostlivosti

V tejto prípadovej štúdií sme popísali priebeh hospitalizácie pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii. Dlhotrvajúca neliečená arteriálna hypertenzia v spojitosti s nedisciplinovaným prístupom za strany pacienta vyústila do tak závažnej komplikácie, akou je infarkt myokardu. V súčasnosti sa liečba poresuscitačných komplikácií realizuje v spolupráci s kardiológom, anesteziológom, neurológom, rádiológom, chirurgom, fyzioterapeutom. Vzhľadom k vzniku komorovej fibrilácie a nutnosti okamžitej neodkladnej resuscitácie bol pacientov stav označený za kritický. Vďaka účinným liečebným opatreniam sa podarilo obnoviť spontánnu cirkuláciu v pomerne krátkom čase. Po optimálnej stabilizácii hemodynamiky sa podrobil primárnej koronárnej intervencii s naložením stentu s dobrým efektom na špecializovanom kardiochirurgickom pracovisku.

Na oddelenie OAIM bol preložený za účelom intenzívnej poresuscitačnej starostlivosti. Počas celej doby hospitalizácie bolo nevyhnutné zabezpečiť maximálnu komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Jej nevyhnutnou súčasťou bol kontinuálny monitoring základných životných funkcií a laboratórnych vyšetrení. Starostlivosť o dýchacie cesty spočívala v sledovaní priechodnosti endotracheálnej kanyly, správnej fixácie, kontrole tlaku v tesniacej manžete,

odsávaní sekrétov podľa potreby pacienta, nebulizácii, zvlhčovaniu a ohrievaniu vdychovanej zmesi, starostlivosti o okruh ventilátora, sledovanie ventilačných parametrov nastavených lekárom, podávaní kyslíka tvárovou maskou po extubácii. Hygienickú starostlivosť sme vykonávali pacienti 2x denne na lôžku. V rámci nej boli vždy ošetrované všetky invazívne vstupy. Starostlivosť o výživu bola zabezpečená spočiatku parenterálne, neskôr enterálne cez nazogastrickú sondu. Po extubácii sa pacient plne stravuje per os. Pre vysoké riziko vzniku dekubitov aj na iných miestach, ako aj pre lepšie hojenie prítomných dekubitív na päťach, sme pacienta polohovali pravidelne v 2 hodinových intervaloch. Po dobu analgosedácie a umelej ventilácie pľúc bola rehabilitácia obmedzená len na pasívne cviky, prípadne poklopovú masáž. Neskôr pacient intenzívne rehabilitoval, čo výrazne pomohlo zlepšiť úroveň sebaopatery a tým aj psychickú vyrovnanosť. Veľkú pozornosť sme venovali komunikácii s pacientom, ktorá je u pacientov so zaistenými dýchacími cestami veľmi náročná ako pre pacienta, tak aj pre ošetrojúci personál. K výraznému zlepšeniu pacientovho zdravotného stavu prispeli aj pravidelné návštevy rodinných príslušníkov. Po štrnástich dňoch hospitalizácie bol pacient v pomerne dobrom fyzickom aj psychickom stave preložený na JIS interného oddelenia k doriešeniu kardiologickej diagnózy.

Kazuistika 2

67 ročná pacientka, žije s manželom v rodinnom dome na dedine, je matka dospeljej vydatej dcéry. Je na invalidnom dôchodku, predtým pracovala ako kuchárka v školskej kuchyni. Manžel aj dcéra sú zdraví, rodičia zomreli, matka na ischemickú chorobu srdca, otec na náhlu cievnu mozgovú príhodu. Pacientka sa lieči na arteriálnu hypertenziu WHO III, má Diabetes mellitus 2. typu s obezitou, na perorálnych antidiabetikách (Maninil, Siofor), v r. 1982 prekonala myokarditídu, má zistenú anginu pectoris, v r.1994 prekonala akútny infarkt myokardu. V minulosti bola operovaná, udáva stav po appendektómii (1983), stav po cholecystektómii (1989), stav po implantácii TEP koxy vpravo (1990). Lieči sa na generalizovanú ostoartrózu a osteoporózu, mala zlomené ľavé zápästie (2003). V roku 2005 jej zistili Sjogrenov syndróm s komplikáciami. Bola opakovane hospitalizovaná na internom oddelení pre kardiálnu dekompenzáciu, naposledy v decembri 2009 pre akcelerované hodnoty tlaku krvi. Má alergiu na Penicilín, Anopyrín a jód. Je nefajčiarka, alkohol, kávu nepije. Dodržiava diabetickú diétu. Pacientka bola na OAIM preložená z traumatológie po neodkladnej resuscitácii dňa 5.9.2011 o 11:00 so zaistenými dýchacími cestami endotracheálnou kanylou č. 7,5 a zavedenou periférnou kanylou na pravej hornej končatine.

Zhrnutie starostlivosti

U 67 ročnej polymorbídnej pacientky, hospitalizovanej na traumatologickom po úraze hlavy, s opakovanými synkopami v anamnéze, došlo k náhlej zástave srdca. Všetky liečebné postupy boli zamerané na čo najvčasnejšie obnovenie spontánneho obehu s cieľom predísť neskorším komplikáciám. Autorky Sovová a Řehořová definujú synkopu ako náhlu, krátkodobú stratu vedomia a posturálneho tlaku s následnou spontánnou úpravou. Celková morbidita a mortalita je nízka, ale u pacientov s kardiálnou príčinou synkopy je ročná mortalita až 33% a incidencia náhlej smrti 24% (Sovová, 2004, s. 49). U našej pacientky k synkope došlo s najväčšou pravdepodobnosťou na základe malígnej arytmie, ktorou bola komorová fibrilácia. Včasnou defibriláciou sa podarilo obnoviť sínusový rytmus. Dobrým

prognostickým znakom je že pacientka sa do 15 minút po prijatí na oddelenie preberá k vedomiu, reaguje na oslovenie, je prítomná spontánna dychová aktivita a o 4 hodiny bola extubovaná.

Kazuistika 3

Pacient mal 52 rokov, je ženatý, žije v usporiadanom manželstve s manželkou v meste v 3 – izbovom byte. Mal dve deti. Manželka má 51 rokov a pracuje ako učiteľka na základnej škole. Pacient má stredoškolské vzdelanie a pracuje ako technický pracovník vo firme na výrobu plastov. V zamestnaní, v ktorom pracuje od ukončenia strednej priemyselnej školy, je spoľahlivý a obľúbený medzi spolupracovníkmi. Ako 15 ročný bol operovaný pre akútnu apendicitídu. Inak chorý nebýval, pravidelne sa dával očkovať proti chrípke. Od roku 1988 sa lieči na vysoký krvný tlak, medikáciu užíva pravidelne. Je exfajčiar, fajčiť prestal po tom, ako pred rokom zomrel jeho otec na rakovinu pľúc. Fajčil od svojich 17-tich rokov približne 20 cigariet denne. Následkom fajčenia má pacient chronickú bronchitídu a chronickú hypertrofickú laryngitídu. Zo zdravotného záznamu sa ešte dozvedáme, že v r. 1998 mal nehodu na motocykli a bol hospitalizovaný na traumatologickom oddelení s otrasom mozgu a kontúziou hrudníka so zlomeninou VI-VIII rebra vpravo, vtedy bol 2 mesiace práceneschopný. Pacient má troch súrodencov, jeden brat sa tiež lieči na vysoký tlak, sestra a druhý brat sú zdraví, matka sa lieči na ischemickú chorobu srdca a diabetes mellitus. Na oddelenie bol preložený dňa 15. 10. 2011 z Kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny v Trnave na následnú poresuscitačnú starostlivosť.

Zhrnutie starostlivosti

Kazuistika sleduje priebeh hospitalizácie 52 ročného pacienta na oddelení OAIM Topolčany po preložení z Kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny iného zdravotníckeho zariadenia.

Od začiatku hospitalizácie bol pacientov zdravotný stav z hľadiska prognózy hodnotený ako krajne nepriaznivý. Stav vedomia sa nezmenil ani po aplikácii vysokých dávok nootropných látok a bol komplikovaný výraznou krčovou aktivitou. Aj z tohto dôvodu bolo nutné zabezpečiť maximálnu komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť so zameraním na prevenciu komplikácií z imobility. U pacienta sme pravidelne dvakrát denne vykonávali celkovú hygienickú starostlivosť na lôžku. Polohu pacienta sme menili každé dve hodiny cez deň a v noci každé tri hodiny. Pri starostlivosti o dýchacie cesty sme dbali na pravidelné odsávanie sekrétov z tracheostomickej kanyly a zvlhčovanie vdychovanej zmesi Respiflom. Cez nazogastrickú sondu sme pacientovi podávali enterálnu výživu a tekutiny. Vzhľadom k zmenenej výžive u pacienta pretrvávali hnačkovité stolice. Sledovali sme diurézu každé tri hodiny a bilanciu tekutín každých 12 hodín. V rámci celkovej toalety sme vždy skontrolovali a podľa potreby asepticky ošetrili všetky invazívne vstupy. Rehabilitáciu realizovala 2x denne fyzioterapeutka. Dôležitou súčasťou starostlivosti o pacienta bol kontinuálny monitoring vitálnych funkcií a sledovanie a zaznamenávanie výsledkov laboratórnych vyšetrení. Veľkú pozornosť sme venovali komunikácii aj napriek tomu, že sme pre vigilnú kómu u pacienta nezaznamenali žiadnu spätnú väzbu. Samozrejmosťou bolo umožnenie pravidelných návštev predovšetkým manželky pacienta a jeho dvoch synov, ktorých sme taktiež povzbudzovali a zapájali do starostlivosti o svojho najbližšieho člena rodiny. Aj napriek vynaloženému

úsiliu všetkých členov zdravotníckeho tímu, vzhľadom k ťažkému posthypoxickému poškodeniu mozgu, na 22 deň po preložení z nášho oddelenia pacient zomiera.

Diskusia

Náhla zástava obehu je jednou z najvýznamnejších príčin náhlych úmrtí, pričom incidencia sa odhaduje na 60 - 100 prípadov na 100 000 obyvateľov za rok. Napriek tomu, že je prognóza pacientov postihnutých náhlou zástavou obehu veľmi nepriaznivá, nie je beznádejná a správny postup laických záchranárov, personálu tiesňových liniek, ako aj cieľových zdravotníckych zariadení môže nádej pacienta na prežitie významne zvýšiť. Podmienkou je však optimálny postup na všetkých úrovniach (Franěk, 2010). Najdôležitejšie sú kroky zhrnuté v koncepcii reťaze prežitia. Aj na príkladoch našich individuálnych prípadových štúdií môžeme poukázať na významný vplyv včasnej aktivácie „reťaze prežitia“ na následnú starostlivosť o pacientov po neodkladnej resuscitácii a s tým spojený vznik možných komplikácií. V prípade pacientov z prvej a druhej individuálne prípadovej štúdie boli príznaky zastavenia obehu rozpoznané ihneď a odborná pomoc bola poskytovaná okamžite po zistení zastavenia obehu, nakoľko sa obe príhody udiali v prítomnosti zdravotníkov a od prvej chvíle im bola poskytovaná rozšírená KPR. V prípade tretieho pacienta došlo k náhlej zástave obehu mimo nemocnice a nie je ani známy časový údaj, aká doba uplynula od začiatku poskytovania laickej kardiopulmonálnej resuscitácie spolupracovníkmi až po prevzatie a pokračovanie rozšírenej resuscitácie posádkou privolanej Rýchlej lekárskej pomoci.

Naše individuálne prípadové štúdie, sú znázornením práce zdravotníckych pracovníkov a rodinných príslušníkov o pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii. Na týchto prípadových štúdiách je možné porovnať, ako môžu niektoré komplikácie, vzniknuté v poresuscitačnej fáze starostlivosti, vplývať na kvalitu života pacientov po obnovení spontánneho obehu po primárne úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii. V individuálnej prípadovej štúdií č.1 sme popísali priebeh hospitalizácie pacienta po KPR poskytovanej vo vozidle RLP počas transportu do nemocnice. U pacienta dlhotrvajúca neliečená arteriálna hypertenzia v spojitosti s nedisciplinovaným prístupom za strany pacienta vyústila do tak závažnej komplikácie, akou je infarkt myokardu. Vďaka účinným liečebným opatreniam sa podarilo obnoviť spontánnu cirkuláciu v pomerne krátkom čase. Po optimálnej stabilizácii hemodynamiky sa podrobil primárnej koronárnej intervencii s naložením stentu s dobrým efektom na špecializovanom kardiochirurgickom pracovisku. Na oddelenie bol preložený za účelom intenzívnej poresuscitačnej starostlivosti. V jeho prípade poresuscitačná starostlivosť bola skomplikovaná rozvojom masívnej obojstrannej bronchopneumónie. Prípadová štúdia č. 2 popisuje priebeh poresuscitačnej starostlivosti o 67 ročnú polymorbídnu pacientku, ktorá bola hospitalizovaná na traumatologickom oddelení po úraze hlavy, s opakovanými synkopami v anamnéze. U pacientky došlo k náhlej zástave srdca v prítomnosti sestry. Všetky liečebné postupy boli zamerané na čo najvčasnejšie obnovenie spontánneho obehu s cieľom predísť neskorším komplikáciám. Dobrým prognostickým znakom bolo, že pacientka sa do 15 minút po prijatí na oddelenie prebrala k vedomiu, reagovala na oslovenie, je prítomná spontánna dychová aktivita a o 4 hodiny bola extubovaná. V tretej kazuistike sledujeme priebeh hospitalizácie 52 ročného pacienta na OAIM po preložení z Kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny iného zdravotníckeho zariadenia. Od začiatku hospitalizácie bol

pacientov zdravotný stav z hľadiska prognózy hodnotený ako krajne nepriaznivý. Stav vedomia sa nezmenil ani po aplikácii vysokých dávok nootropných látok a bol komplikovaný výraznou krčovou aktivitou. Aj z tohto dôvodu bolo nutné zabezpečiť maximálnu komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť so zameraním na prevenciu komplikácií z imobility pri ťažkom poškodení mozgu. Napriek vynaloženému úsiliu všetkých členov zdravotníckeho tímu, vzhľadom k ťažkému posthypoxickému poškodeniu mozgu, na 22 deň po preložení z OAIM pacient zomiera.

Uvedené prípadové štúdie možno pokladať za výnimočné, pretože v nich poskytujeme pohľad na priebeh intenzívnej poresuscitačnej starostlivosti, ako aj individuálne prežívanie pacientov po obnovení spontánneho obehu, u ktorých sa v súvislosti s poresuscitačným stavom vyskytli komplikácie. V prvom prípade to bola bronchopneumónia ako komplikácia umelej pľúcnej ventilácie a neskôr vzniknuté psychické zmeny. U pacientky z druhej individuálnej prípadovej štúdie počas pobytu na našom oddelení ku komplikáciám nedošlo. Najzávažnejšiu komplikáciu poresuscitačnej fázy starostlivosti sme zaznamenali v kazuistike tretieho pacienta, u ktorého po primárne úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii pretrvávala porucha vedomia s krčovou aktivitou, jeho stav bol uzavretý ako koma vigile a pacient 40 dní po príhode na následky ťažkého neurologického poškodenia zomiera na oddelení dlhodobých chorých. Z výsledkov našej štúdie ako aj z predchádzajúcich skúseností sa prikláňame k názoru Dobiáša (2007, s.20), že mnoho pacientov postihnutých náhlým zastavením srdca by prežilo, ak by svedkovia príhody okamžite reagovali. Ak nie je základná prvá pomoc poskytnutá okamžite po náhlej zástave obehu prvým svedkom, žiadna záchranná služba s profesionálnymi záchranármi a ani najlepšia nemocnica nezabránia komplikáciám, trvalým následkom až smrti.

Záver

V príspevku sme sa podrobne zamerali na úlohu sestry v starostlivosti o pacientov po kardiopulmonálnej resuscitácii. Našou snahou bolo zistiť, aké faktory sa podieľajú na vzniku poresuscitačných komplikácií, prípadne aké účinné opatrenia môžu sestry využiť pri predchádzaní týmto komplikáciám. V teoretickom vstupe sme definovali poresuscitačnú starostlivosť ako aj jej možné komplikácie. Okrem toho sme sa snažili zamerať pozornosť na skutočnosť, že hoci pacienti po úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii nepredstavujú štatisticky najvýznamnejšiu skupinu pacientov hospitalizovaných na oddelení OAIM, nesmie sa to prejavovať na kvalite práce. V empirickej časti sme rozpracovali kazuistiky, vychádzajúc zo skutočných prípadov troch pacientov, čo nám umožnilo porovnať výsledný efekt liečby a ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých prípadoch. Na základe zistených výsledkov môžeme konštatovať, že ak vieme, aké komplikácie môžu v poresuscitačnej starostlivosti vzniknúť, môžeme im pomocou účinných opatrení vo veľkej miere predchádzať. Na ich eliminácii má svoj významný podiel práve sestra.

Odporúčania pre prax

Na základe poznatkov z praxe, doplnených o informácie z odbornej literatúry navrhujeme tieto odporúčania pre skvalitnenie práce v intenzívnej starostlivosti:

- Vzdelávanie personálu, ale aj laickej verejnosti, zamerať na skoré rozpoznanie náhlej zástavy obehu a privolanie pomoci. Všetci zdravotnícki pracovníci musia byť schopní rozpoznať náhlu zástavu obehu, privolať pomoc a začať KPR.
- Školiť zdravotnícky personál o nových postupoch neodkladnej resuscitácie vrátane tréningu zručností pri vykonávaní KPR na výučbových trenažéroch.
- V rámci zdravotníckeho zariadenia jasne stanoviť kritériá na aktiváciu medicínskeho záchranného tímu (MET), ktorý musí byť k dispozícii 24 hodín.
- Používať nové sofistikované metódy znižujúce riziko komplikácii po KPR.
- Realizovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá v rámci kompetencií stanovených vyhláškou, pomôže eliminovať postresuscitačné komplikácie na minimum.
- Zlepšiť, skvalitniť spoluprácu s rodinnými príslušníkmi, ktorí môžu podporovať pacienta predovšetkým z psychickej stránky.
- Byť príkladom pre laikov pri poskytovaní kardiopulmonálnej resuscitácie.

Použitá literatúra

- [1] ČERNÝ, V. et al. 2009. *Vybrané doporučené postupy v intenzivní medicíně*. 1. vydanie. Praha : Maxdorf , 2009. 255 s. ISBN 978-80-7345-183-7.
- [2] DOBIÁŠ, V. et al. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vydanie. Martin : Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
- [3] FRANĚK, P. 2010. [cit. 2011-12-22]. Dostupné na internete: http://www.zachrannaslužba.cz/zajimavosti/2010_resuscitace.pdf 2010
- [4] HORIZON RESEARCH FOUNDATION. 2010. Post resuscitation care. [cit. 2011-02-07]. Dostupné na internete: http://www.horizonresearch.org/main_page.php?cat_id=87
- [5] LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. 2. české vydanie. Praha : Grada, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
- [6] KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydanie. Praha : Grada, 2007. 352 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9.
- [7] SEKÁČOVÁ, M. 2011. Rozsah činností sestry. In *Sestra a lékař v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 1 – 2, s. 48 – 49.
- [8] ŠEVČÍK, P. - ČERNÝ, V. - VÍTOVEC, J. et al. 2003. *Intenzivní medicína*. 2.rozšířené vydanie. Praha : Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
- [9] Vyhláška MZ SR č.364/2005 Z. z O rozsahu praxe poskytovanej sestrou.

Kontaktné údaje

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
 Nám. A. Hlinku 48
 FZ KU Ružomberok
 034 01 Ružomberok
zrubakova@ku.sk

Mgr. Katarína Schlosserova
Palkovičova 4087
955 01 Topolčany

Mgr. Zuzana Dubná
P.O. Hviezdoslava 2036
955 01 Topolčany

ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV SO PSYCHÓZOU

Dana Zrubcová

Katedra ošetrovateľstva FSVaZ UKF v Nitre

Abstrakt

Kvalita života, v súčasnosti často používaný pojem, vyjadruje snahu o humanizáciu, hľadanie ciest a riešení problémov, potrieb a zlepšovania životných podmienok človeka v najrôznejších súvislostiach. Sledovanie kvality života pacientov je považované za dôležitý komponent zdravotníckych intervencií aj v ošetrovateľstve. Kvalitu života duševne chorých so psychotickým ochorením negatívne ovplyvňuje viacero faktorov. Jedným z nich je samotné ochorenie. Psychóza spôsobuje obmedzenia vo viacerých oblastiach života. Kvalitu života osôb so psychózou však vo výraznej miere negatívne ovplyvňuje aj negatívny postoj zo strany laickej verejnosti.

Kľúčové slová

Kvalita života, pacient, psychóza, stigmatizácia.

ASPECT OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PSYCHOSIS

Abstract

The quality of life, now widely used concept, expresses the effort to humanize, trying to find ways and to solve problems, needs, improving the living conditions of people in various contexts. Watching the quality of patients' life is considered as an important component of health interventions in nursing. The quality of life of the mentally ill with psychosis negatively affects several factors. One of them is the disease. Psychosis causes restrictions in many areas of life. The quality of people's life with psychosis, however, greatly affects the negative attitude of the lay public community.

Key words

Quality of life, patient, psychosis, stigmatization.

Úvod

Je zrejmé, že pojmy spokojnosť, pohoda, či kvalita života sú pojmy charakteristické vysokou subjektivitou v prežívaní a zároveň v sebe zahŕňajú celý komplex objektívnych premenných rozličného charakteru. Zahŕňa teda nielen pocit fyzického zdravia a neprítomnosti symptómov ochorenia či liečby, ale v globálnom pohľade tiež psychickú kondíciu, spoločenské uplatnenie. Medzi ďalšie faktory ovplyvňujúce kvalitu života patrí vek, pohlavie, polymorbidita, rodinná situácia, preferované hodnoty, ekonomická situácia, vzdelanie, religiozita, kultúrne zázemie a pod. Celková kvalita života je tak súhrnom vyššie uvedených faktorov. (Slováček et al., 2004). Kvalitu života môžeme definovať ako spokojnosť človeka

s dosahovaním vytýčených cieľov, pozitívne ovplyvňujúcich nasmerovanie jeho života. „Môže zahŕňať charakteristiku prírodného a sociálneho prostredia človeka, jeho fyzický a psychický stav, otázky zmyslu života a užitočnosti života aj subjektívne hodnotenie života v pojmoch osobnej pohody a spokojnosti“ (Dragomirecká, 2006, s.68). Multidimenzionálna koncepcia kvality života zahŕňa pohodu a spokojnosť v rozličných oblastiach života, fungovanie v sociálnych rolách a vonkajšie podmienky, ktoré predstavujú životnú úroveň, sociálnu oporu.

Kvalita života je dynamicky meniaci sa stav. Môže byť osobou vnímaná ako uspokojivá v jednej oblasti a v iných oblastiach života môže byť nedostatočná či nevyhovujúca. Subjektívne prežívanie pohody je silne podmienené aktuálnym emočným stavom, ktorý rýchlo fluktuuje. Fungovanie v sociálnych rolách je tiež rýchlejšie premenlivé ako vonkajšie životné podmienky. (Rosinská, 2004 s.1). Ide o subjektívne determinanty hodnotenia kvality života a teda sú závislé od osobnosti ale aj časovej dimenzie, v ktorej jedinec hodnotí svoju kvalitu života (Pullmann et al, 2007, Ondrejka, Adamicová, 2007). Psychologický pohľad a relevantné výskumy sa snažia o postihnutie subjektívne prežívanej životnej pohody a spokojnosti človeka so svojim životom. Sú zamerané na hľadanie odpovedí na otázku čo ich robí spokojnými a aká je štruktúra faktorov, ktoré k spokojnosti prispievajú. (Švehlíková, Heretik, 2008). Subjektívna percepcia kvality života implicitne obsahuje aj reálne životné podmienky, okolnosti a úroveň sociálnych vzťahov, v ktorých človek prežíva svoj život. Sociálne okolnosti a podmienky ich využitia človeku umožňujú alebo limitujú pocit šťastia a spokojnosti.

Individuálnu úroveň kvality života je možné postihnúť iba prostredníctvom individuálneho postoja, ktorý je výsledkom procesu sebareflexie, v ktorom jednotlivec skúma a hodnotí vlastné túžby, predstavy a aspirácie, mieru ich realizácie s mierou realizácie ostatnej časti spoločnosti.

Kvalita života pacientov so psychózou

Kvalita života úzko súvisí aj so zdravím človeka. Zdravie je pojem, na ktorý neexistuje jednoznačne platná definícia. Najznámejšia definícia Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1948, ktorá definuje zdravie ako „celkový stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti“ (Hanzlíková et al, 2004, s.14) má v odbornej verejnosti svojich zástancov, ale veľká časť odbornej verejnosti vytýka tejto definícii nedostatky. Podľa Pullmanna et al, (2007) neberie uvedená definícia do úvahy, že mnohé procesy a funkcie v ľudskom organizme môžu byť narušené bez toho, aby si to človek uvedomoval alebo mal pritom pocit nepohody či ochorenia. S týmto fenoménom je možné sa stretnúť práve u pacientov s vážnou psychózou. Za jeden z dôležitých komponentov zdravotníckych intervencií je považované sledovanie kvality života pacientov. Ako uvádzajú Švehlíková, Heretik, (2008 s. 196), “ťažisko skúmania kvality života je posunuté do oblasti psychosomatického a fyzického zdravia. Často sa v odbornej verejnosti operuje s pojmom health related quality of life (kvalita života ovplyvnená zdravím).“ Takto koncipovaná kvalita má dve charakteristiky:

- multidimenziálnosť- kvalita života sa týka vždy viacerých oblastí života, z ktorých sa sledujú najmenej tri (oblasť telesných ťažkostí, funkčná zdatnosť, oblasť psychologická /emocionálna, oblasť sociálna, existencionálna a duchovná).
- subjektivita – vyjadruje skutočnosť, že dvaja rôzni pacienti budú rovnakú chorobu prežívať rôzne. Celkový výsledok ovplyvnia osobnostné charakteristiky, stupeň sociálnej podpory, schopnosť adaptácie. (Sláma 2005, s. 288-295).

Pohľad na kvalitu života pacienta v kontexte ošetrovateľstva vyjadruje snahu o humanizáciu, hľadanie ciest a riešení problémov, potrieb a zlepšovania životných podmienok človeka v najrôznejších súvislostiach. Kvalitu života duševne chorých so psychózou vo výraznej miere ovplyvňuje samotné ochorenie, ktoré ich často obmedzuje v pracovných, sebaobslužných, spoločenských a sociálnych aktivitách. Vzhľadom k tomu, že psychózy sú chronickým ochorením s častými relapsmi vyžadujúcimi rehospitalizácie a dlhodobé užívanie liekov, je celkové zníženie kvality života pacientov opodstatnené. Krajčovičová, Čaplová, (2007, s. 34) uvádzajú nasledovné negatívne faktory ovplyvňujúce kvalitu života pacienta so psychotickým ochorením:

- charakter choroby, výskyt negatívnych a pozitívnych symptómov;
- chronifikujúci priebeh, časté relapsy, reziduá, defekt osobnosti;
- nežiaduce vedľajšie účinky liekov pri dlhodobom užívaní psychofarmák, hlavne neuroleptík,
- problémy v primárnej rodine, nedostatok emočnej opory alebo overprotektívny prístup, nadbytok negatívnych emócií,
- problémy so založením a udrжанím vlastnej rodiny,
- problémy so získaním a udrжанím zamestnania,
- znížená možnosť sociálneho uplatnenia,
- postoje verejnosti, sociálna stigma.

Medzi ďalšie faktory spájané s nižšou kvalitou života chorých so psychotickým ochorením patrí nižší stupeň dosiahnutého vzdelania, slabo platená, namáhavá a stresujúca práca, nezamestnanosť.

Z klinických symptómov súvisiacich so zníženou kvalitou života pacientov so psychotickým ochorením publikovaných v odborných prácach viacerých autorov Krajčovičová, Čaplová, (2007, s. 34) uvádzajú:

- vzťahovačnosť, paranoidné bludy, depresívny syndróm, obsedantné myšlienky a konanie,
- zvýšená autoobservácia, anxiozita,
- negatívne symptómy schizofrénie, amotivačný syndróm,
- reziduá a defekt osobnosti.

Približne 60% pacientov má napriek výrazným pokrokom v liečbe a zavedením moderných antipsychotík stále nepriaznivý priebeh, ktorý v konečnom dôsledku zamedzí pacientovi primerane sociálne fungovať pri určitej minimálnej symptomatike ochorenia. Neochota

spolupracovať pri liečbe zo strany pacienta, ale aj jeho rodiny kauzálne vplýva na sociálnu prognózu postihnutého s výsledným efektom zníženia kvality jeho života. Až 80% pacientov so schizofréniou nevykazuje dostatočnú spoluprácu v liečbe., Na nedostatočnú spoluprácu značne vplýva aj sociálna stigma, ktorá je asociovaná s liečbou psychózy. K sociálnej stigme prispieva aj liečba svojimi nežiaducimi účinkami “ (Pečeňák et al, 2005, s. 171-172). Medzi sociálnym prostredím, pacientom a liečbou vzniká tak problematický kruh, ktorý sa časom len zväčšuje. Postupne s časom sa v liečbe nonkompliancia zväčšuje, čo má za následok zhoršovanie klinického stavu pacienta a celkový negatívny dopad na kvalitu života. Okrem iných diskriminujúcich obmedzení plynúcich zo samotného ochorenia a liečby kvalitu života chorých so psychózou významne znižuje aj sociálna izolácia a stigmatizácia. Pacienti so schizofrénnym ochorením sa ľahko dostanú do sociálnej izolácie. Ich handicap im často nedovoľuje prirodzene a voľne budovať medziľudské vzťahy, samotné ochorenie ich izoluje častými hospitalizáciami. K spoločenskej izolácii výrazne negatívne prispieva aj skutočnosť, že takto postihnutí pacienti len veľmi ťažko hľadajú zamestnanie, partnerov či priateľov. „Opakovane sú konfrontovaní s neporozumením, neprijatím a nemožnosťou komunikovať a zdieľať skúsenosť duševnej poruchy“ (Dušek, Večerová-Procházková, 2005, s. 53). Narušenie sociálneho fungovania súvisí s izoláciou a limitovaným počtom sociálnych aktivít. Leary et al (1991 : in Rosinská, 2004, s. 1) uvádza, že „13,8 % vzorky osôb so schizofréniou nebolo v priebehu posledného mesiaca ani raz v obchode a 44 % nebolo za posledný mesiac ani raz v kaviarni, reštaurácii, kine, kostole, alebo inom mieste, kde by sa bolo možné kultúrne alebo sociálne vyžiť.“ Rodina pacienta, ale aj širšie sociálne prostredie pôsobí ako významný podporný činiteľ. Na druhej strane ju však môžu aj druhotne zhoršiť, čo býva významné najmä v prípade chronických ochorení akým psychóza nesporne je. Dôležitá je otázka postojov a prijatia pacienta aj s ochorením. Samotná stigmatizácia môže spôsobovať rôzne zmeny v správaní pacienta, v jeho prežívaní a to pochopiteľne vedie k tendencii podceňovať sa a k následnej zmene jeho obrazu o sebe samom. Chromý (2004, s. 226) uvádza tri mechanizmy pôsobenia stigmaty:

1. Je možné pripustiť, staré domnienky, že zdrojom stigmatizácie (teda aj odmietania) môže byť liečebne neovplyvnené (psychotické) správanie na verejnosti a že k zníženiu stigmatizácie môže viesť úspešná liečba. Zdá sa, že tento mechanizmus nie je – obzvlášť v dobe relatívnej dostupnosti adekvátnej liečby zvlášť významný.
2. Dôležitejšie je spracovanie stigmaty (pocitu menejcennosti) na subjektívnej úrovni s presne popísanými zmenami v sociálnom správaní. Ak sa jedinec sám považuje za menejcenného (obdareného prívlastkami známeho stereotypu) alebo sa obáva prezradenia svojej príslušnosti k tejto stigmatizovanej skupine zmení svoje správanie takým spôsobom, ktorý zhoršuje jeho spoločenské uplatnenie (obmedzuje počet predchádzajúcich sociálnych kontaktov, komunikuje „opatrne“ - nápadne, sťahuje sa k iným podobne stigmatizovaným).
3. Zdrojom stigmatizácie však býva samotné označenie subjektu za príslušníka určitej skupiny (zverejnenie jeho pobytu na psychiatrickom oddelení). Za týchto okolností nie je potrebný žiadny behaviorálny podnet k stigmatizácii a odmietaniu.

Stigma je zdrojom strachu a strach je príčinou psychickej záťaže – stresu s celkovým negatívnym dopadom na priebeh duševného ochorenia (Fričová, 2008, s. 38).

Pre prekonanie stigmatizácie je dôležitý proces socializácie a participácie duševne chorých na sociálnom živote. Komunitné centrá duševného zdravia pri ich snahe o zvyšovanie alebo aspoň udržanie kvality života a eliminácii izolácie, by mali hrať rozhodujúcu úlohu v kontinuálnom zvyšovaní kvality starostlivosti o psychotických pacientov. K odstráneniu sociálnej izolácie a stigmatizácie duševne chorých môže napomôcť zvyšovanie informovanosti laickej verejnosti mediálnou cestou. Slobodné médiá sú nesporne spolutvorcami atmosféry v krajine a podľa Höschla (2006, s. 1), môžu významne prispievať ku zlepšeniu kvality života obyvateľov z globálneho hľadiska a môžu využiť svoj potenciál k tvorbe mienky verejnosti, destigmatizácii psychiatrie a duševne chorých.

Záver

Kvalita života pacientov so psychózou umocnená stigmatizáciou je z objektívneho hľadiska v mnohých uvedených oblastiach nízka. Akákoľvek aktivita vyvinutá smerom k destigmatizácii duševne chorých môže na kvalitu ich života vplyvať pozitívne vo všetkých jeho sférach.

Použitá literatúra

- [1] DRAGOMIRECKÁ, E. 2006. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL:
- [2] překlad položek a konstrukce škál. In *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. ISSN 1211-7579, 2006, roč. 10, č. 2, s. 68-73.
- [3] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-2470197-9.
- [4] FRIČOVÁ, S.: 2008. Stigmatizácia duševných chorôb. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2008, roč. 7, č. 11-12, s. 38-39.
- [5] HANZLÍKOVÁ, A. et al. : 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1.vydanie. Martin: Osveta, 2004. 280 s. ISBN 80-8063-155-7.
- [6] HÖSCHL, C.: 2006. Duševní zdraví jako priorita zdravotní péče. [online] 2006 [cit.2011-10.12.] Dostupné na internete : <http://www.hoschl.cz/?text=2924&lang=cz>
- [7] CHROMÝ, K.: 2002. Sociologie v psychiatrii. In *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5224-232 s.
- [8] KRAJČOVIČOVÁ, D., ČAPLOVÁ, T. 2007. Psychózy z okruhu schizofrénie a niektoré komponenty kvality života. In *Psychiatria- Psychoterapia- Psychosomatika*. [online] 2007, roč. 14, č. 1, [cit. 2012- 12- 1]. Dostupné na internete :
- [9] <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2007/PSY1-2007-cla7.pdf>
- [10] ONDREJKA, I., ADAMICOVÁ, K.: 2003. Komplexne o kvalite života pacienta. [online] 2003 [cit.2011-16.12.] Dostupné na internete : <http://www.hospice-martin.szm.com/dokumenty/clanky/pdf>.
- [11] PEČEŇÁK, J.: 2005. *Kapitoly o schizofrénii*. 1.vydanie. Martin: Osveta, 2005. 195 s. ISBN 80-8063-201-4.
- [12] PULMANN, R.: 2007. Kvalita života: Môžeme merať kvalitu života? [online] 2007 [cit.2011-16.12.] Dostupné na internete : <http://www.lekom.sk/.ppt>.

- [13] ROSINSKÁ, M.: 2004. Kvalita života u osôb s psychickým ochorením. In *I psychologia.sk*. [online] 2004 [cit.2012-20.1.] Dostupné na internete : <http://www.i-psychologia.sk/all.php> . ISSN 1336-779X.
- [14] SLÁMA, O.: 2005 Kvalita života onkologicky nemocných . In. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-657-0, s. 288-295.
- [15] SLOVÁČEK, L.: 2004. Kvalita života nemocných-jeden z dôležitých parametrov komplexného hodnotení liečby. In *Vojenské zdravotnícké listy*. ISSN 0372-7025, 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9.
- [16] ŠVEHLÍKOVÁ, L., HERETIK, A.ml. 2008. Kvalita života - o čom hovoríme ? In *Psychiatria –Psychoterapia - Psychosomatika*. [online] 2008, roč.15, č.3,s.194-198. [cit.2011-16.12.] Dostupné na internete : <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2008/PSY3-2008-cla5.pdf>

Adresa autora

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1, 949 74 Nitra, SR
e-mail: dzrubcova@ukf.sk

PROBLEMATIKA UTRPENÍ A SOUCITU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Marie Zvoníčková¹, Jan Slovák²

¹Ústav ošetřovatelství 3.LF UK v Praze

²SZŠ a VOŠZ Zlín

Abstrakt

Utrpení a soucit jsou fenomény, které významným způsobem ovlivňují chápání ošetřovatelské péče, resp. roli sestry v pomoci trpícímu nemocnému a jeho blízkým. Cílem sdělení je pokusit se zachytit naléhavost utrpení a pochopení role sestry.

Klíčová slova

Utrpení, soucit, ošetřovatelská péče, sestra.

Abstract

Phenomena of suffering and compassion influence substantially the interpretation of the nursing care, especially the role of a nurse in relationship to a patient and his/her family. The goal of this article is to attempt to capture the urgency of suffering and understanding of the role of a nurse.

Key words

Suffering, compassion, nursing care, nurse.

Úvod

Utrpení člověka nám připadá jako samozřejmá součást života. Jak mu ale rozumíme? Obrazy utrpení sice naplňují média, ale teprve, když je utrpení otázkou naší bezprostřední zkušenosti, ucítíme jeho naléhavost. Cílem tohoto sdělení je se zamyslet nad tím, do jaké míry přemýšlení o utrpení a soucitu může tuto naléhavost zachytit a jak se může aplikovat v ošetřovatelské péči.

Vymezení

Utrpení existuje v několika rovinách. Jako různé druhy utrpení můžeme jmenovat nemoc, nehodu, neštěstí, zranění, stáří, hlad a hladomor, bídu, války, věznění, opuštěnost a samotu. Výčet příčin ale nikdy nemůže být úplný. Tyto způsoby utrpení jsme mohli vidět v minulosti a vidíme je stále, každodenně. Zjednodušeně můžeme říci, že utrpení se netýká jenom našeho těla, protože existuje utrpení duševní nebo emocionální, a nebo se dotýká narušených sociálních vazeb. Bude však přesnější, pokud budeme mluvit o lidské tělesnosti (Michálek, 1995, s. 119-125) a o prožívání lidského společenství – tedy o spolupobytu. (Brugger, 1994,

s. 304-305) Pojem tělesnost odkazuje k žitému tělu, ve kterém nemůžeme oddělit bolest somatickou od bolesti psychické.

V utrpení člověka se projevuje to, že jsme tělo, toto tělo se neukazuje jinak než jako tělo – tělesní se (Michálek, 1995, s. 123) a takto odkazuje k našemu porozumění toho, že jsme lidmi.

Možnost utrpení není pouze nutným důsledkem konečnosti a projevem křehkosti lidského života, ale přináší rovněž příležitost ke vnitřnímu zrání. To ovšem nepřichází automaticky a samozřejmě, ale je nesené a formováno způsobem, jaký člověk utrpení čelí - a proto zrání a růst může být také zmařeno. (Brugger, 1994, s. 469)

Utrpení učí člověka hlubinným a niterným způsobem – totiž tak, že vede člověka k vědomí, že je zranitelnou a ohraničenou bytostí, bytostí závislou na druhých. Na tuto závislost člověk moderní doby, obklopen technikou, zapomíná, protože technický rámec společnosti, ve které žije, zakrývá a zamlžuje společenskou podstatu lidského života.

Prožitek a poznání utrpení je velmi individuální a hluboce osobní. Tato zkušenost je nepřenositelná a častokrát i nevyslovitelná. Přesto utrpení přesahuje jednotlivý individuální život a svým obrazem, svým dopadem na druhé, tím jak utrpení vidíme a zažíváme vedle sebe nebo poblíž sebe, získává významný společenský rozměr. (Cingel, 2009, s. 127)

Soucit jako reakce na utrpení

Reakce různých lidí na utrpení je většinou podobná. Vychází ze soucitu s trpícími a vede k aktu pomoci trpícím.

Jak je vůbec soucit možný? V odpovědi se můžeme inspirovat dialogickou filosofií francouzského myslitele s židovskými kořeny Emmanuela Lévinase. Soucit je možný, protože se vlomí do mého života, do mého zorného pole. Toto vstoupení je nesené prožitkem přítomnosti druhého člověka, kterého uvidím najednou jako zpřítomnělou a zpřítomňující tělesnost druhého-jiného. Zažiji zpřítomnělé tělesnění někoho, kdo není mnou.

Většinou si neuvědomujeme, že už samotný soucit a projevený soucit je něco důležitého, je významný nejenom pro nás, ale i pro toho, kdo trpí. Samotná přítomnost toho, kdo projevuje soucit, je něco, co je pro trpícího velmi důležité.

I když soucit nedokáže neodstranit utrpení, je důležitý. Soucit nás spojuje, je významnou společenskou vazbou. Míra soucitu může být různá a nemusí nutně odrážet velikost utrpení. Ostatně utrpení je - stejně jako lidské slzy - něco, co nemůže být měřeno. Přímá úměra tady neplatí. Spíše musíme mít na mysli velmi různorodý vztah mezi ztrátou a jejími následky, vnímat délku nějakého pacientova omezení nebo jeho přechodnost. Cítíme, že je rozdíl mezi zlomenou nohou a tím, když někomu bylo diagnostikováno nevyléčitelné onemocnění. Míra utrpení se většinou týká možností, které trpícímu zůstávají. Čím více jsou jeho možnosti omezeny, tím větší zásah do života to znamená, a tím většímu utrpení je člověk vystaven.

Musíme také konstatovat, že utrpení je pro člověka i přes bolest, kterou při tom zažívá, také významnou událostí. Častokrát je taková událost neočekávaná a setkáme se při ní s obvyklými projevy vzteku, hněvu, smutku, zármutku a bolesti. I člověk projevující soucit zažívá podobné

emoce jako je smutek nebo hněv. I soucit bolí. Soucitem se zvláštním způsobem podílíme na utrpení toho druhého.

Dalším momentem této události je setkání s druhým. Lévinas chápe druhého jako prvotního ve vztahu k já. Přednost druhého před já je u Lévinase vyjádřena jeho základním termínem „epifanie tváře“. Epifanii chápeme jako ukázání se, zjevení se, jako zření ve kterém se nám ukazuje pravá podstata tváře. Tvář chápeme jako metaforu lidství, metaforu druhého (v propojení s lidstvím). Tvář můžeme brát jako místo, na kterém se s utrpením druhého setkáváme. Setkat se s utrpením tváří v tvář.

Setkat se s utrpením druhého druhým neznamena vyjít druhému vstříc a akceptovat ho. Druhý tu není přede mnou proto, že já ho myslím, že je mnou odhalován a vnímán. Druhý a jeho utrpení vpadává do prostoru mé existence a prosazuje se sám od sebe. Je jiné právě proto, že koná samo od sebe, nepřehlédnutelně. Bolest a utrpení není jako nějaká věc, nebo předmět, který mohu přehlédnout. Druhý přináší ve své bolesti nebo utrpení s sebou své vlastní světlo, ve kterém ho vidím. Nahota, vystavenost jeho trpící tváře je zárukou toho, že nemůže splynout v anonymní dav. (Šimek, 2003, s. 78) Ta tvář mě oslovuje a vyžaduje odpověď a tím také vyvolává moji odpovědnost. Podle Lévinase se stáváme „rukojmím“, ručíme za jeho život svým životem. Tento stav „být rukojmím“ není něco, co mě omezuje nebo svazuje, naopak je to stav dialogický, odpovědný, osvobozující. Setkat se s tváří bližního v utrpení má i náboženskou dimenzi, je to jako vstoupit do neviditelného chrámu. (Lévinas, 1997, s. 174)

Je otázkou do jaké míry je projevovaný soucit jenom otázkou emocí, které často velmi obtížně kontrolujeme, a do jaké míry může být soucit veden racionální rozvahou. Projevovaný soucit je otázkou naší tělesnosti. A našeho prožití utrpení druhého a pobývání v jeho blízkosti.

Na jednu stranu je soucit velmi silný emoční stav. Zdá se, že základní výbavou potřebnou k prožití soucitu je schopnost empatie a představivosti. Představivost je nutná k tomu, abych se dokázal vžít do pocitů druhého člověka a do jeho prožívání osobního utrpení.

Rozumět utrpení druhého znamená, že vím do určité míry, co to znamená trpět. To znamená, že jsem se setkal s vlastním utrpením. V utrpení druhého člověka se setkávám s vlastním utrpením. I toto nás spojuje. Nesmím ovšem zapomenout při tom všem, že se musím stále soustředit na utrpení druhého a příliš neprodlévat u zážitku vlastního. Musím sám od sebe poodstoupit a sebe potlačit, držet si odstup. Tento postoj zdá se není ani tak otázka emocí, jako spíše otázka rozumové úvahy, kdy si toto úskalí uvědomuji. Zároveň je důležitá i zkušenost s podobným uvažováním.

Tato zkušenost je nutná především pro udržení míry soucitného vztahu k trpícímu. Pokud je postoj příliš blízký, může skončit v jakémsi sebeobětování. Pokud příliš profesionální nebo vzdálený, může se stát, že přehlédneme, co trpící potřebuje, nebo, co je důležité.

Pokud to shrneme, tak můžeme konstatovat, že soucit je komplikovaná stavba vycházející ze silné emoce, ovšem vybavená odpovídající rozumovou úvahou, ve které si složitost takového vztahu uvědomujeme, přemýšlíme o něm a také vnímáme všechny důvody, které nás k soucitu vedou.

Do určité míry můžeme mluvit o tom, že soucit se dá trénovat. K soucitu se člověk může rozhodnout. Takové rozhodnutí vychází ze zkušeností a ze znalostí utrpení. Je důležité,

abychom rozpoznali, že pacient trpí. Jakmile poznáme, že druhý-pacient trpí, dáme to najevo a to jak verbálně, tak i neverbálně. Pokud bychom toto neudělali, dávali bychom najevo svůj nezájem o utrpení pacienta. Rozpoznání utrpení znamená, že začneme konat s cílem utrpení ukončit. Toto je velmi důležité. Rozpoznání utrpení nebo ignorování na druhé straně má na pacienta velký dopad. Jistěže tím, že utrpení rozpoznáme a projevíme zájem či soucit, tímto utrpení nezmizí, dáváme ale pacientovi najevo, že není sám a opuštěn. Pokud bychom utrpení ignorovali a nevšimli si ho, utrpení bychom zesilovali. Vyjádření soucitu je úlevné.

Soucitem říkáme, že utrpení je těžké, ale zároveň dáváme najevo, že ho nepřehlídíme a že pacient není opuštěný.

Role sestry

Problematiku soucitu můžeme zařadit do etického rozměru ošetrovatelské péče. Tím zdůrazňujeme, že emoce, i ty složité jako je soucit, pomáhají zaměřit ošetrovatelskou péči a pomáhají stanovit také cíle péče.

Jedním z úkolů sestry je tišit pacientovu bolest, a tak reagovat na pacientovo utrpení. Sestra jako poskytovatel profesionální péče se k utrpení pacienta přímo vztahuje. Svoji přítomností, pomocí pacientovi a soucitem pomáhá pacientovi s utrpením se vyrovnat a vede ho poznání, že není sám a opuštěný. V utrpení a ve zmírňování utrpení si uvědomujeme, že člověk je odkázán na vzájemnou pomoc mezi lidmi, na pomoc druhého.

Soucit sestry se primárně projevuje její přítomností vedle pacienta a tím, že se aktivně podílí na péči o pacienta. Proto je soucit důležitou součástí poskytované profesionální péče. Soucit a projevy soucitu mohou kladně podporovat vztah sestra-pacient. Tento vztah vyrůstá z pomoci a podpory, kterou sestra pacientovi poskytuje. Soucit vnáší do tohoto často nerovného vztahu osobní prvky, které mohou doplňovat profesionální přístup sestry. Kvalitní ošetrovatelská péče se bez pozornosti k pacientovi, bez nasazení vyžadující city, soucit, zájem o pacienta, neobejde.

Sestra jako svědek utrpení pacienta je vedena k tomu, že je silněji zastánkyní pacienta, jeho advokátem, a spolupracuje také s rodinou pacienta. Svoji přítomností a ošetrovatelskými zásahy sestra pomáhá pacientovi znovu nabýt bývalou vládu nad svým životem tváří v tvář nemoci. Sestra pomáhá pacientovi vyrovnat se se zranitelností a nejistotou života. (Ferrell, 2008, s. 22-23)

Zpracováno s podporou grantu IGA MZČR NS9968-3/2008 219088.

Literatura

- [1] BRUGGER, W. *Filosofický slovník*. Praha : Naše vojsko, 1994 ISBN 80-206-0409-X
- [2] CINGEL, M. Compassion and professional care: exploring the domain. *Nursing Philosophy* (2009), Blackwell Publishing Ltd10, pp. 124–136.
- [3] FERRELL, B.L., COYLE, N. *The Nature of Suffering and the Goals of Nursing*. OXFORD University Press 2008 ISBN 978-0-19-533312-1

- [4] LÉVINAS, E. *Totalita a nekonečno*. Praha : OIKOYMENH, 1997. ISBN 80-86005-20-8
- [5] MICHÁLEK, J. *Co je filosofie?* Praha : OIKOYMENH, 1995. ISBN 80-85241- 19-6
- [6] ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filosofické základy lékařské etiky*. Praha: GRADA Publishing, a.s. 2003 ISBN 80-247-0440-4

Kontaktní údaje

PhDr. Marie Zvoníčková

Ústav ošetřovatelství 3. lékařské fakulty UK v Praze

Ruská 87

Praha 10,100 00

Tel.: +420 267 102 944

e-mail: marie.zvonickova@lf3.cuni.cz

THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF MIDWIVES IN THE FIELD OF THE EARLY DEVELOPMENTAL STIMULATION OF A NEWBORN INFANT

Barbara Zych, Karolina Pityńska, Edyta Barnaś, Elżbieta Kraśnianin

Department of Obstetrics, Medical Faculty, University of Rzeszow, Poland

Abstract

Although “kangaroo care” was introduced relatively short time ago, it is an acknowledged and undisputed method of therapy in taking care of a newborn infant. Thus, the aim of our research was to gain some knowledge from midwives, about the rules that a kangaroo method is based on, actions taken in aid of the early contact between the mother and the child as well as most frequently observed reactions of a newborn infant towards this type of contact. The practical aspect of this research was to evaluate the use of this method within the city of Rzeszów. The main variables taken into consideration in this work were: work experience and hospital referral level. The subjects were 70 midwives who correctly filled questionnaires. The obtained materials were qualified for statistical analysis as a part of the research.

The results. Midwives have some generally satisfactory knowledge concerning early ‘skin to skin’ contact and kangaroo care. The early ‘skin to skin’ contact between the mother and the baby is used by every second midwife working in a hospital of a third referral level. However, in most cases the hospital units are not prepared to provide this early ‘skin to skin’ contact, therefore every fifth surveyed midwife does not participate in it.

Key words

A newborn infant, kangaroo care, ‘skin to skin’ contact, nursing care

Introduction

The model of care, in which a midwife is responsible for self-reliant taking care of the pregnancy, the labour and the puerperium as well as taking care of a newborn infant and preparation to the labour and parenthood, is promoted by World Health Organization and executed in many countries in the world [1]. Also, ‘The programme of early stimulation and developmental care of a newborn infant’ created in Poland in the 1990s, was believed to have provided safety for the mother and the baby in order to keep them healthy. Nowadays, the model of care based on the early neurodevelopmental stimulation of a newborn infant requires from a midwife the knowledge concerning benefits of the ‘skin to skin’ contact as well as the support and promotion of breastfeeding, along with providing proper conditions to let the mother and the baby establish an emotional bond [1]. Beside the fact that kangaroo care was introduced relatively short time ago, it is commonly used and significant method nowadays [2, 3]. Medicine based on the scientific proofs have shown that during kangaroo care heart rate and respiratory rate are more stable. Moreover, the changes observed in oxygen saturation are minimal (an increase of 2-3%) and do not exceed the standard. The body temperature of

a newborn infant remains normal or increases slightly, while the cortisol level increases over 60% in comparison with those born prematurely that are kept in incubators. Kangaroo care influences the organisms of the newborn infants positively through physiological flora from the mother skin, faster passage of meconium connected with first breastfeeding and faster acquiring the ability of suckling. Kangaroo care is said to have a positive impact on mother's organism in the following circumstances: uterine contractions, quick delivery of the placenta, reduced vaginal bleeding and dressing the crotch after the labour [2,4,5].

Material and method

The research was carried out in January and February 2011 among nursing staff working in Postpartum Unit and Neonatal Intensive Care Unit in the hospitals within the city of Rzeszów (Frederic Chopin Provincial Specialist Hospital and John Paul II Municipal Hospital).

The research was carried out by a diagnostic survey method (structured interview). Participation in the research was both anonymous and voluntary. What is more, the selection of people was accidental. The aim of the research was to gain some knowledge about kangaroo care method, actions taken by the hospital staff in aid of the early contact between the mother and the child as well as reactions of a newborn infant towards this type of contact. The practical aspect of the research was the evaluation of the use of this method within the city of Rzeszów. The variables assumed in this work are: work experience and hospital referral level. Eventually, 70 correctly filled questionnaires were qualified. They were submitted to statistical analysis, assuming $p < 0,05$ as a significance level.

Results

The surveyed midwives were aged between 23-56. Among the four surveyed age groups (group I: up to the age of 25, group II: age 23-35, group III: age 36-45, group IV: above the age of 46) group III was the most numerous one (53.0%). As far as the remaining age groups (IV, II, I) are concerned, we have: 26.%, 14.0% and 7.0%, respectively. 29.0 % of the surveyed had upper secondary education, another 29.0% were higher educated, 23.0% are bachelor's degree holders. The midwives were divided, on the basis of their work experience, into 3 groups (group I: 0-5 years, group II: 6-19, group III: over 20 years of experience). The third group was the most numerous one (57.0%), the II group constitutes 29.0%, and the I – 14.0%.

Vast majority of midwives (98.6%) are familiar with the 'Baby-Friendly Hospital' Initiative, which enables the first 'skin to skin' contact, lasting from the labour day to the day of discharge from hospital. Only one midwife (1.4%) have not heard of the above-mentioned initiative. The result is perceived as satisfactory, for only 58.6% of the midwives actually works in the Baby-Friendly hospital. The group of midwives that work in a hospital without this kind of status constitutes 27.1 %, while 14.3% of the surveyed did not know the answer to the above question.

All the midwives employed in a baby-friendly hospital share the opinion that the program's guidelines are virtually put to practice. According to 3.9 % of the surveyed, the actions taken

by the hospital do not serve well to the promotion of the initiative, 13.7% abstained from answering.

Nowadays, the postpartum units work under the ‘rooming-in’ system, which means that mother is allowed to be together with her baby for all the time during their stay in a hospital. This unit organization system is commonly known (98.6%) and executed (97.1%) by majority of midwives. Despite the fact that the midwives’ interpretation of the ‘rooming-in’ term was generally similar, and they understood the notion correctly, the information given by them were incomplete. 1.4% of the surveyed were not familiar with this unit-organization, 2.9% did not execute it.

Although all the midwives (100.0%) are familiar with the model of care based on the early stimulation of a newborn infant when it comes to ‘skin to skin’ contact with a mother, 84.3% of them did not analyze the term thoroughly. What is worse, 14.3% of the midwives were not able to answer any question, and one surveyed (1.4%) admitted to have no knowledge in that subject.

Considerably large number of the midwives (80.0%) do engage in the attempts to initiate the early ‘skin to skin’ contact between mother and baby, while 20,0% of the surveyed fail to do so. The analysis of making attempts to initiate the early ‘skin to skin’ contact with relation to the work experience ($p=0.791$) and the hospital referral level ($p=0.716$) does not bear any signs of statistically significant correlation.

One of the most frequently listed reasons for not making the above-mentioned initiative, was the lack of proper preparation of the units to do so (92.9%). Other reasons names by the surveyed midwives are, among others: the lack of interest (42.9%), the lack of experience (35.7%), the lack of time (14.3%), others (bad clinical condition of a newborn infant, poor organization of work between the delivery room and the postperium unit) – 14.3%. Initiating the ‘skin to skin’ contact by the midwives with respect to work experience and the hospital referral level is presented in table 1.

Table 1. Initiation of the “skin to skin” contact with respect to work experience and hospital referral level

Not making the initiative when it comes to ‘skin to skin’ contact	In total		Work experience						Hospital referral level					
	n	%	0-5 years		6-19 years		20 and above		P	II		III		P
			N=2		N=5		N=7			N=4		N=10		
			n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
The lack of preparation of the Unit	13	92.9	1	50.0	5	100.0	7	100.0	x	3	75.0	10	100.0	0.623
The lack of time during duty hours	2	14.3	-	-	1	20.0	1	14.3	x	1	25.0	1	10.0	0.904
The lack of proper knowledge about the above-mentioned method	-	-	2	100.0	5	100.0	7	100.0	x	-	-	-	-	-

The lack of experience	5	35.7	-	-	1	20.0	4	57.1	x	-	-	5	50.0	0.252
The lack of interest	6	42.9	-	-	3	60.0	3	42.9	x	-	-	6	60.0	0.147
Others	2	14.3	1	50.0	-	-	1	14.3	x	1	25.0	1	10.0	0.904
Index of structure test – probability level p										Index of independence test – probability level p				

*Total amount of answers exceeds 100% due to the possibility of more than 1 answer.

To a large extent, the care enabling a full physical and psychological growth/development, depends on the fact if a baby gets optimal conditions allowing for it, and whether the taken actions satisfy his or her basic needs. In 62.9% of the cases, the first breastfeeding takes place around 2 hours after the labour, while 37.2% of the midwifery staff do not make such an attempt. This probability of letting breastfeed a baby in the first 2 hours after the labour in relation to the work experience of midwives and hospital referral level did not evidence any signs of statistically significant correlation.

According to 60.0% of the midwives, the very first contact between a mother and baby should be taking place from the moment of birth until the discharge day, provided that the medical condition of both allows it. A large number of midwives (38,6%) interprets the first ‘skin to skin’ contact as the one taking place within 2 hours of the co-called ‘early puerperium’ (5-15 minutes – 15.7%, 1-2 hours – 8.6%, 30 minutes – 1 hour – 1.4%). The lack of knowledge about the duration of ‘skin to skin’ contact after the labour concerns 1.4% of the surveyed. The duration of the first contact between the mother and the baby in relation to the variables were similar.

Table 2. The duration of the first contact between a mother and baby in correspondence with work experience and hospital referral level

The duration of the first contact between mother and child after the labour	In total		Work experience							hospital referral level				
	n	%	0-5 years		6-19 years		20 and above		p	II		III		p
			N=10		N=20		N=40			N=15		N=55		
			n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Several minutes (5-15 minutes)	11	15.7	-	-	4	20.0	7	17.5	x	3	20.0	8	14.5	x
30 minutes to 1 hour	1	1.4	-	-	1	5.0	-	-	x	-	-	1	1.8	x
1-2 hours	6	8,6	-	-	-	-	6	15.0	x	-	-	6	10,9	x
Due to s stable conditio of a newborn, for 2 hours of the early puerperium	9	12,9	1	10.0	2	10.0	6	15.0	x	-	-	9	16.4	x
From the moment of birth until the discharge day, provided that the medical condition of both allows it	42	60,0	9	90.0	13	65.0	20.0	50.0	x	12	80.0	30	54.5	x
I don't know	1	1,4	-	-	-	-	1	2.5	x	-	-	1	1.8	x
Test χ^2 – p level										Test χ^2 – p level				

For 61.4% of the midwives, taking care of medical procedures (such as delivery of the placenta, examination of the crotch and placenta, stitching the crotch under local anesthesia) does not interfere with the contact between the mother and her newborn baby. As a justification, one of the most often cited aspects is the reduction of pain that is characteristic for early puerperium state. 38.6% of the midwives, however, are still in favour of interruption of this contact due to the mother's adynamia after the labour, and the lack of proper conditions to provide safety for a newborn baby.

Closeness between a mother and her newborn baby provided by the 'skin to skin' contact, is called 'kangaroo care'. All the midwives declare to be acquainted with this method. The precise analysis of the knowledge of the kangaroo care method proved to be accurate in 67.1% of the cases. In the remaining group of midwives, 27.1% confused the kangaroo method with the "nesting" - the stabilizing of the baby's head and particular body parts in relation with one another. 5.7% of the midwives associated the kangaroo care method only with the newborns brought to the mother right after birth. Detailed statistic analysis of defining the kangaroo care method with respect to the variables is presented in table 3.

Table 3. Acquaintance of the 'kangaroo method' in correspondence with work experience and hospital referral level

Defining the 'kangaroo method'	In total		Work experience						hospital referral level			
	n	%	0-5 years		6-19 years		20 and above		II		III	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Constant, lasting nearly 24 hours 'skin to skin' contact with breastfeeding only, as an alternative to neonatal/neonatalogical care of an infant with LBW	4	5.7	-	-	1	5.0	3	7.5	2	13.3	2	3.6
The method of a stable placing of the baby's head and particular body parts in relation with one another	47	67.1	10	100,	14	70.0	23	57.5	11	73.3	36	65.5
'Skin to skin' contact between the mother and born at term infants	19	27.1	-	-	5	25.0	14	35.0	2	13.3	17	30.9
In total	70	100	10	100,	20	100	40	100	15	100	55	100

Vast majority of midwives (65.7%) admits that kangaroo care method is executed in a hospital they work in, while 34.3% denies it. The analysis of using the kangaroo care method with respect to work experience of midwives did not bare any statistically significant correlation. As far as the hospital referral level is concerned, however, it had grave importance for hospitals of III referral level that are using the Kangaroo Care method ($p=0.003$).

Detailed analysis of the use of "kangaroo method" mostly concerned newborns with low birth weight, that are respiratory and circulatory efficient (60.9%). Other groups of babies undergoing the kangaroo care method, were newborns with low birth weight who were treated with respiratory support (47.8%) and newborns with birth weight below 1500 grams (30.4%). In 15,2% of cases, the surveyed subjects mentioned the healthy infants born after 39 weeks of

gestation. According to 4.3% of midwives, the kangaroo care method is used regardless of body weight and clinical condition of an infant.

Table 4. infants that underwent the kangaroo care, in relation with work experience of midwives and hospital referral level

Newborn infants that undergo the Kangaroo care method	In total		Work experience							Hospital referral level				
	n	%	0-5 lat N=7		6-19 lat N=12		20 lat i powyżej N=7		p	II N=5		III N=41		p
			n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Newborns with low birth weight, respiratory and circulatory efficient	28	60.9	4	57.1	6	50.0	18	66.7	x	5	100	23	56.1	0.157
Newborns with low birth weight, treated with respiratory support	22	47.8	3	42.9	7	58.3	12	44	x	1	20.0	21	51.2	0.398
Newborns with birth weight below 1500 grams	14	30.4	2	28.6	4	33.3	8	29.6	x	-	-	14	34.1	0.293
All newborn infants, regardless of body weight and clinical condition.	2	4.3	-	-	2	16.7	-	-	x	-	-	2	4.9	0.512
Others	7	15.2	2	28.6	2	16.7	3	11.1	x	-	-	7	17.1	0.731
Index of structure test – probability level p										Index of structure test – probability level p				

*Total amount of answers exceeds 100% due to the possibility of more than 1 answer.

The effects observed during the ‘skin to skin’ contact were divided on the base of physiological, behavioral and neurobehavioral functions. The impact of kangaroo care on psychological functions of a newborn, was most commonly observed by the midwives. Stabilization of the heart rate was most frequently mentioned (61,9%). Other listed effects include, among others: the stabilization of respiratory rate (60.5%), reduced frequency of apnea (36.6%), reduced risk of infection (23.9%) and the number of apneas (15.4). The least observed effects include: changes in oxygen saturation oscillating in the normal range (8,4%) and weight gain and an increase in neonatal blood glucose levels (by 2.8%). Behavioral aspect of a kangaroo care was observed most frequently in the form of a better quality of baby’s sleep (50.7%), reduction of the volume of tears caused by painful procedures (38.0%) and reduction in/of pain (26.7%). 33,8 % of cases showed neurobehavioral effects in the form of reduction in episodes of sudden arousals from sleep. Improvement of overall development and faster brain maturity were mentioned by 21.1% and 12.6%, respectively.

Table 5. Physiological, behavioral and neurobehavioral reactions, with respect to work experience of midwives and hospital referral level

Newborn's reaction to Kangaroo Care method	In total		Work experience							Hospital referral level				
	n	%	0-5 years N=7		6-19 years N=12		20 and above N=7		p	II N=5		III N=41		p
			n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Reduction of bradycarida episodes	11	15.4	4	57.1	5	41.7	2	7.4	x	2	40.0	9	22.0	0.735
Reduction in the frequency of apnea	26	36.6	4	57.1	11	91.7	11	40.7	x	2	40.0	24	58.5	0.755
Stabilization of heart rate	44	61.9	6	85.7	11	91.7	27	100.0	x	5	100.0	39	95.1	0.512
Stabilization of respiratory rate	43	60.5	6	85.7	11	91.7	26	96.3	x	4	80.0	39	95.1	0.739
Changes in oxygen saturation levels within the normal range	6	8.4	2	28.6	2	16.7	2	7.4	x	-	-	6	14.6	0.831
Weight gain	2	2.8	-	-	2	16.7	-	-	x	-	-	2	4.9	0.512
reduced risk of infection	17	23.9	3	42.9	3	25.0	11	40.7	x	-	-	17	41.5	0.186
The increase of blond glucose level	2	2.8	-	-	2	16.7	-	-	x	1	20.0	1	2.4	0.512
Better quality of sleep	36	50.7	6	85.7	9	75.0	21	77.8	x	4	80.0	32	78.0	0.635
Reduction of crying caused by painful procedures	27	38.0	3	42.9	4	33.3	20	74.1	x	5	100.0	22	53.7	0.132
Reduction of pain	19	26.7	5	71.4	3	25.0	11	40.7	x	2	40.0	17	41.5	0.676
Improvement of the overall development	15	21.1	4	57.1	8	66.7	3	11.1	x	2	40.0	13	31.7	0.895
reduction in episodes of sudden arousals from sleep	24	33.8	5	71.4	7	58.3	12	44.4	x	1	20.0	23	56.1	0.293
Faster brain maturity	9	12.6	2	28.6	5	41.7	2	7.4	x	-	-	9	22.0	0.568
									Index of structure test – probability level p					

*Total amount of answers exceeds 100% due to the possibility of more than 1 answer.

Midwifery profession, because of its specificity, has a very significant role to fulfil in the field of early developmental stimulation and educating parents about it. For the large number of midwives (77.1%) the knowledge concerning kangaroo care is satisfactory, while 5.7% consider it insufficient. 17.0% of them should make it complete. Detailed analysis of the midwives' knowledge about kangaroo care in comparison with the work experience and the hospital referral level is presented in table 6.

Table 6. Midwives' knowledge about kangaroo care in comparison with the work experience and the hospital referral level

Midwives' knowledge about kangaroo care	In total		Work experience						Hospital referral level					
	n	%	0-5 years N=10		6-19 years N=20		20 years and above N=40		p	II N=15		III N=55		p
			n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Satisfactory	54	77.1	7	70.0	14	70.0	33	82.5	x	8	53.3	46	83.6	x
Insufficient	4	5.7	-	-	2	10.0	2	5.0	x	2	13.3	2	3.6	x
The lack of knowledge	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x
The knowledge that should be completed	12	17.1	3	30.0	4	20.0	5	12.5	x	5	33.3	7	12.7	x
The knowledge that does not have to be completed	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x
									Test χ^2 – probability level <i>p</i>					

One of the most frequent sources of information about this method of taking care of the mother and the baby is medical literature (92.9%). Other sources of information concerning kangaroo care are conferences (62.9%), in-house training courses (55.7%), magazines (51.4%) and the Internet (25.7%). The role of the health care staff is of the less significance (midwives – 11.4%; doctors – 4.3%). The statistical analysis of the sources of information about kangaroo care with regard to work experience and the hospital referral level is presented in table 7.

Table 7. The sources of information about kangaroo care with regard to work experience and the hospital referral level

The sources of information about kangaroo care	In total		Work experience						Hospital referral level					
	n	%	0-5 years N=10		6-19 years N=20		20 years and above N=40		p	II N=15		III N=55		p
			n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Medical literature	65	92.9	10	100.0	19	95.0	36	90.0	x	14	93.3	51	92.7	0.628
Magazines	36	51.4	5	50.0	10	50.0	21	52.5	0.979	11	73.7	25	45.5	0.055
The Internet	18	25.7	5	50.0	5	25.0	8	20.0	0.151	8	53.3	10	18.2	0.015
Conferences	44	62.9	7	70.0	14	70.0	23	57.5	0.563	7	46.7	37	67.3	0.143
in-house training courses	39	55.7	4	40.0	11	55.0	24	60.0	0.167	6	40.0	33	60.0	0.167
Midwife/ nurse	8	11.4	1	10.0	4	20.0	3	7.5	x	1	6.7	7	12.7	0.844
Doctor	3	4.3	1	10.0	2	10.0	-	-	x	-	-	3	5.5	0.837
No source of information	1	1.4	-	-	-	-	1	2.5	x	-	-	1	1.8	0.483
Others	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x
									Index of structure test – probability level <i>p</i>					

Discussion

Nowadays, the postpartum units work under the already mentioned 'rooming-in' system (mother is allowed to be together with her baby for all the time during their stay in a hospital). The idea was initiated by WHO and UNICEF in 1989, and it gave rise to creating a document entitled 'Protecting, promoting and supporting the breastfeeding – the special role of health care institutions'. The document includes '10 steps to successful breastfeeding', which guarantee (in point 7) 24 hour contact between a mother and her newborn infant [7].

The research results serve to state that these 10 steps are put to practice, as being the foundation of Baby-Friendly Hospital Initiative (97,1%).

For comparison, the results of the research coordinated by Pilewska and co-workers [7] are similar. 60 midwives (30 primiparas and 30 multiparas) aged 18 – 37, found the 'rooming-in' system very satisfying (27.7% of primiparas, 10.0% of multiparas), or satisfying (43.3% of primiparas, 73.3% of multiparas). The most frequently mentioned advantage was the chance to get to know the babies' reactions and needs, and being able to breastfeed them.

During the first hours after the labour, a newborn infant, being outside the mother's body, is particularly vulnerable to harmful stimuli. Therefore, new methods that would facilitate the baby's early adaptation to conditions outside the mother's body, are constantly being searched. One simple method, as the results of many clinical trials have shown, is to enable the early contact between the mother and her baby [6]. The surveyed midwives acquired some general knowledge concerning the close contact between the mother and the baby; in 84.3% of cases it related to 'skin-to-skin' contacts, and in 67.1% to the kangaroo care.

The results of the research coordinated by Brosowska and co-workers [7] are similar. The majority of surveyed midwives have defined the term of infant stimulation correctly, but as the detailed analysis of this term is concerned, the answers proved to be incomplete.

The midwife's work of taking care of the mother and the child aims at providing safety for both and keeping the high standard of their health. One way to maintain proper conditions to develop, is 'skin o skin' contact during the kangaroo care. The most frequently observed results of kangaroo care were physiological symptoms associated with the neonatal cardio-pulmonary stabilization (61.9% to 97.1%). Behavioral and neurobehavioral aspects were lesser in importance.

The advantages of the 'skin to skin' contact are also confirmed by the results of many clinical trials [3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Another aspect highlighted in the results suggest that there is a more stable heart rate and respiratory rate among the newborns being in close 'skin to skin' contact with their mothers, than in the ones on incubators [9,15]. In addition, the changes of the oxygen saturation levels are observed to be oscillating within the normal range (decreases in oxygen saturation returned to the initial level in 3 minutes time from the moment kangaroo care was commenced) [2]. Some other significant findings included in Hadeed's study, is the reduction in the number of apneas by about 75% during the three-hour period of kangaroo care, compared with newborn babies living in incubators [2].

The midwife's work of taking care of the mother and the child is to provide safety for both and to keep them healthy (as was already mentioned above). And continuing efforts

to constantly improve the quality of obstetric care can lead to a proper attitude to ensure favorable conditions for the optimum development of a newborn.

Conclusions

1. Midwives have satisfactory general knowledge about the early 'skin to skin' contact and kangaroo care method.
2. The early 'skin to skin' contact between the mother and her newborn infant is executed by every second midwife in a third referral level hospital.
3. Owing to the fact that in most cases hospital units are not prepared for putting the early 'skin to skin' contact into practice, every fifth midwife does not take part in the method in question.
4. Physiological reactions belong to the most frequently observed effects that a kangaroo care method has on a newborn infant.

Literature

- [1] Iwanowicz-Palus G., Mazurek M. Opieka położnicza i zakres kompetencji położnych w wybranych krajach na świecie – cz. 1. Kobieta i jej rodzina. Profesjonalny poradnik dla położnych. Wydawnictwo RAABE Warszawa 2011, 38-61.
- [2] Agrawal P. Kangurowanie optymalna, uzupełniająca metoda opieki nad wcześniakiem. W: Optymalny poród – wyzwania współczesnego położnictwa. III Międzynarodowa Konferencja Naukowa dla lekarzy i położnych, Wrocław 24.09.2010, 31-48.
- [3] Thukral A., Chawla D., Agarwal R., Deorari AK., Paul VK. Kangaroo Mother Care-an Alternative to Conventional Care. *Journal of Pediatrics* 2008, 75, 497-503.
- [4] Carfoot S., Williamson P., Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* 2005, 21, 71-79.
- [5] Oślisło A., Otffinowska A. Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa 2008.
- [6] Ferber SG, Makhoul IR. The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2004, 113 (4), 858-865.
- [7] Pilewska A., Śliwowska K. System matka-dziecko w opinii położnic. W: Iwanowicz-Palus G. (red.): *Położnictwo u progu XXI wieku*. Druk ZUP „Tekst” Lublin 1999, 129-133.
- [8] Brosnowska B., Kowalczyk R., Glińska J. Wiedza pielęgniarek neonatologicznych na temat „Programu wczesnej stymulacji i opieki rozwojowej noworodka. *Problemy pielęgniarstwa* 2007,15(4), 262-266.
- [9] Bauer K., Uhrig C., Sperling P., Pasel K., Wieland C., Versmold H.T. Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 grams. *The Journal of Pediatrics* 1997, 130 (2), 240-244.

- [10] Feldman R., Eidelman A.I., Sirota L., Weller A. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics* 2002, 110 (1), 16-26.
- [11] Ferber S.G., Makhoul I.R. The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2004, 113 (4), 858-865.
- [12] Gray L., Watt L., Blass EM. ELECTRONIC ARTICLE: Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics* 2000, 105 (1), e14.
- [13] Klaus M. RESEARCH PERSPECTIVES: Mother and Infant: Early Emotional Ties. *Pediatrics* 1998, 102 (5), 1244-1246.
- [14] Ludington-Hoe SM., Johnson MW., Morgan K., Lewis T., Gutman J., Wilson PD., Scher MS. Neurophysiologic Assessment of Neonatal Sleep Organization: Preliminary Results of a Randomized, Controlled Trial of Skin Contact With Preterm Infants. *Pediatrics* 2006, 117 (5), pp 909-923.
- [15] Hunt F. The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding. *Journal of Neonatal Nursing* 2008, 14, 47-51.

MOŽNOSTI VČASNEJ FYZIOTERAPEUTICKEJ INTERVENČIE U PREDČASNE NARODENÉHO DIEŤAŤA

Elena Žiaková

Katedra fyzioterapie, Fakulta ošetrovateľstva a ZOŠ, SZU Bratislava

Abstrakt

Príspevok analyzuje potrebu rannej fyzioterapeutickej intervencie u predčasne narodených detí, ako možnosť prevencie funkčných porúch pohybového systému. Predčasne narodené dieťa sa rodí s nezrelým CNS tak ako donosené dieťa, ale jeho adaptácia na podnety vonkajšieho prostredia je labilnejšia. Skrátenie vývojovej fázy v matkinom tele spôsobuje deficit zrenia. Tým chýba senzorický podnet, ktorý je potrebný k vnímaniu vlastného tela a fyzioterapeutická intervencia tak môže prispieť k optimálnemu motorickému a senzomotorickému vývoju.

KLúčové slová

Predčasne narodené dieťa, fyzioterapia, motorický vývoj.

Abstract

The paper analyzes the need for early physiotherapy intervention in premature infants as the possibility of prevention of functional disorders of the motor system. Infant born Preterm have immature CNS, as full term infant as well, but its adaptation to stimuli of external environment is more unstable. This lack of sensory stimulus that is needed to perceive their body and physiotherapy intervention can contribute to the optimal motor and sensorimotor development

Key words

Premature infant, physiotherapy, motor development.

Úvod

Ešte pred dvadsiatimi rokmi sa za životaschopné považovali iba deti s pôrodnou hmotnosťou nad jeden kilogram a aj tie boli veľmi ohrozené najrôznejšími závažnými komplikáciami. Významné svetové pracoviská udávajú v hmotnostnej kategórii pod 500 g približne 10 % prežívajúcich novorodencov, v kategórii 700-800g 60% a nad 1000g až 93% prežívanie nedonosených detí. S deťmi veľmi nízkej pôrodnej hmotnosti (klasifikáciu podľa hmotnosti zobrazuje tabuľka 1) pretrvávajú aj neskoršie určité problémy hlavne vývojové poškodenie, výrazné poškodenie CNS (mentálna retardácia, cerebrálne poškodenie), senzorické poruchy (strata sluchu, poruchy vízu), alebo minimálne mozgové poškodenie (poruchy reči, pozornosti, výchovy, hyperaktivita a pod) (Zibolen, 2000). Častejší je aj výskyt retinopatie nedonosených detí, chronických pľúcnych ochorení a oneskorený rast. Práve výsledky

mortality a predovšetkým morbidity v tejto vekovej skupiny novorodencov odrážajú kvalitu perinatologickej starostlivosti (Padyšáková, 2009). Predčasne narodení novorodenci majú špecifické nároky na zabezpečenie optimálneho prostredia umožňujúceho samostatnú existenciu a postupnú adaptáciu jednotlivých systémov (Padyšáková a kol., 2008).

Nezastupiteľnú úlohu hrá rodina, hlavne matka, ktorá by mala byť na pôrod a rodičovstvo špecificky pripravená. Špecifickú podporu si vyžaduje šestonedielka po pôrode nezrelého novorodenca (Repková, 2011). Celková prognóza dieťaťa, čo sa týka jeho zdravia v budúcnosti, však závisí od každého prípadu zvlášť. Musí sa brať do úvahy veľa faktorov a včasná fyzioterapia by mala byť súčasťou starostlivosti.

do 28. gestačného týždňa sú extrémne nezrelí,	hmotnosť cca od 500 – do 999 g. označujeme ako extrémne nízku (v angličtine ELBW extremely – low – birth – weight infant)
do 32. gestačného týždňa veľmi nezrelí	hmotnosť od 1 000 – do 1 499 g je veľmi nízka, čo je v angličtine VLBW (very – low – birth – weight infant)
do 34. gestačného týždňa stredne nezrelí	hmotnosť od 1 500 – do 1 999 g s nízkou pôrodnou hmotnosťou LBW (low – birth – weight infant)
do 37. gestačného týždňa ľahko nezrelí	hmotnosť od 2 000 – do 2 499 g označovaná rovnako ako nízka (LBW)

Tabuľka 1 Klasifikácia podľa hmotnosti (Hadley, 1999)

Súčasný stav problematiky

Hadley (1999) klasifikuje predčasne narodených novorodencov podľa hmotnosti. Medzi novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou zaraďujeme nedonosené deti a hypotrofické deti. Za nedonosené dieťa sa považuje také, ktoré sa narodilo predčasne, t.j. pred 37.týždňom gravidity. Ak nie je možné určiť dĺžku gravidity presne, ide o dieťa, ktoré má pôrodnú hmotnosť 2500 g a menej. Uvedené rozdelenie nie je presné, pretože donosené dieťa môže mať pôrodnú hmotnosť menšiu ako 2500 gramov napr. dieťa hypotrofické, a naopak nedonosené dieťa diabetickej matky môže mať pôrodnú hmotnosť viac ako 2500 g. Príčiny nedonosenosti môže byť z ochorenia matky (ochorenia srdca, obličiek, gestóza, anomálie rodidiel, placenty, neúmerná namáhavá práca, fyzická či duševná záťaž, alebo zo strany dieťaťa ako viac početná gravidita, malformácia plodu, infekcia plodu (Zibolen, 2000). U novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou pozorujeme známky anatomickej a funkčnej nezrelosti. Za známky anatomickej nezrelosti považujeme dlhé štíhle končatiny, chabá, zvráštená koža, živočervená, edémy lokalizované i generalizované, novorodenecké mazivo chýba, alebo je len v kožných záhyboch, lanugo pokrýva chrbát, ramená, paže, stehná, fontanely sú málo priestorné, vlasy riedke, málo ohraničené, riasy väčšinou chýbajú, mäkké chrupavky ušných boltcov, malý poddajný hrudník, mamily sú len pigmentované škvrny, bez hormonálnej reakcie, chabá brušná stena s pozorovateľnou peristaltikou, diastáza mm.recti, nezostúpené testes, malé pysky u dievčat nie sú kryté veľkými. Známky funkčnej nezrelostisa

manifestujú ako predĺžená doba adaptácie funkcie dýchania, krvného obehu, fyziologický úbytok na hmotnosti je väčší a trvá dlhšie, dlhšie trvajúca a intenzívnejšia žltáčka, ako prejav insuficiencie pečene, nižšie hodnoty faktorov hemokoagulácie, nedokonalá riadiaca funkcia CNS, dýchanie je rýchlejšie a plytšie, abdominálneho typu so skráteným výdychom, podchladzovanie, krvácanie (porucha rovnováhy medzi činiteľmi koagulačnými a inhibičnými), zmiešaná respiračnometabolická acidóza (buď hneď alebo neskoršie po 2 až 3 týždňoch), znížená odolnosť voči infekciám, sklony k edémom, poruchy pri prijímaní potravy (GIT nie je pripravený hlavne na trávenie tukov, kapacita žalúdka je malá, množstvo žalúdočných štiav je znížené) (Peychl, 2005).

Hypotrofický novorodenec je taký novorodenec, ktorého pôrodná hmotnosť i ostatné rozmery nezodpovedajú dĺžke gravidity. Dôvodom hypotrofie môžu byť poruchy výživy plodu, riziková gravidita, gestóza matky, hypertenzia, podvýživa matky, silné a opakované krvácanie v gravidite, viacpočetná gravidita, genetické poruchy plodu (M. Down), na hypotrofiu plodu myslíme vtedy, keď prírastok hmotnosti matky počas gravidity je menej ako 7 kg. Deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou sú ohrozené pneumopatiou, neskorým asfyktickým syndrómom, hyperbilirubinémiou s možnosťou hyperbilirubinemickej encefalopatie, anémie, hernie, retinopatie (Zibolen, 2000).

Prognóza

Pre porovnanie vývoja nezrelého novorodenca s dieťaťom, ktoré sa narodilo v termíne pôrodu, je nutné jeho vek (chronologický vek = vek od narodenia) korigovať. To znamená, že od chronologického veku dieťaťa je potrebné odpočítať počet týždňov, resp. mesiacov, o ktoré prišlo na svet skôr. Napríklad dieťa, ktoré sa narodilo o 3 mesiace skôr, bude vo veku 6 mesiacov svojim vývojom zodpovedať 3-mesačnému dojčaťu. Hovoríme potom o korigovanom veku. Po stránke somatickej dosahujú normy donosených detí v 4-6 rokoch, deti pod 1500 g bývajú značne oneskorené, časté sú drobné postihnutia CNS 20%, prítomné môžu byť poruchy inteligencie a správania (Peychl, 2005).

Pohybový systém predčasne narodeného dieťaťa

Zložité pohybové programy sú geneticky fixované ako rámcové špecifické programy. Po narodení sa vplyvom vonkajšieho prostredia modifikujú a adaptujú. Vieme, že centrálny program, ktorý zabezpečuje automatické ovládanie tela a jeho držanie je vytvorený vo veku 3 mesiacov dieťaťa. Prostredníctvom zrenia programu sa začína uplatňovať synchronná aktivita medzi svalmi s antagonistickou funkciou tzv. svalová koaktivita. Prostredníctvom tejto vyváženej funkcie dochádza v oblasti chrbtice a periférnych kĺbov k nastaveniu polohy umožňujúce symetrické funkčné osovú zaťaženie kĺbov. Tento kineziologický model držania je základom celého ďalšieho posturálneho vývoja – sedu, lezenia, chôdze. Tvorí základ budúcich motorických schopností a možností (Beranová, 1998). Jeho neoddeliteľnou súčasťou je automatické včlenenie posturálnych, antigravitačných a fázických mechanizmov ako základných kameňov motorických schopností. Predčasne narodené dieťa sa rodí s nezrelým CNS, tak ako donosené dieťa ale jeho adaptácia na podnety vonkajšieho prostredia je labilnejšia. Nezrelosť motoriky sa prejavuje nevyváženosťou, vykazovaných pohybových vzorov v periódach spánku a bdenia. Postúra dieťaťa sa stáva nestabilná, na akékoľvek

neprimerané podráždenie reaguje nekoordinovaným pohybom. Môže nastať i druhá situácia, keď dieťa na daný podnet nereaguje, je apatické, spavé, neprejavuje žiadny motorický kontakt, nie je schopné zmeniť polohu a pohyb, zostáva v nekvalitnej postúre. Tak vzniká základ svalových dysbalancií, niektoré svalové skupiny sú preťažované iné nemajú možnosť uplatniť svoju funkciu (Klánová, 2003). Tieto funkčné poruchy majú tiež svoj kineziologický obraz v periférnom myoskeletárnom systéme (svaly, kĺby). Tento obraz je odlišný ako optimálna funkcia fyziologického novorodenca a dojčaťa. Novorodenci, narodení medzi 28. a 32. týždňom, majú svalový tonus znížený, chýba flekčné držanie končatín, ktoré je nahradené hyperabdukciou bedrových kĺbov s dorzálnym ťahom panvy a následnou kyfózou v torakolumbálnom prechode. Hlava je uložená v reklinácii v krčnej chrbtici, rotovaná na jednu stranu - predilekcia a dieťa nemá silu ju pretočiť. V chudobnej spontánnej motorike prevažuje abdominálne dýchanie nad kostálnym, čo spôsobí nerozvinutie hrudníka a paradoxné dýchanie. Tento typ dýchania je z hľadiska motorického vývoja neideálny a charakterizuje ho zväčšujúca sa kyfóza v torakálnej chrbtici s vyklenovaním brušnej steny pri inšpirii a prepadávaním hrudníka. Horná časť hrudníka vystupuje kraniálne a bránica sťahuje obidva úpony k sebe. Spolu s nezrelým skeletom rebier vzniká Harrisonova ryha s diastázou brušných svalov. Posturálne schopnosti nezrelého novorodenca sú ohrozené už problémom s dýchaním i bez neurologických komplikácií (Kováčiková, 1998). V orofaciálnej oblasti pozorujeme zníženú mimiku, nedostatočné sacie a hltacie funkcie. Nastupuje spomalenie až stagnácia senzomotorického vývoja.

Fyzioterapia nedonosených detí

Terapia využíva dôležitých poznatkov z oboru neurofyziológie a riadenia motoriky. Využívajú sa techniky, ktoré pôsobia na motorický i psychický systém a pracujú s pohybovým systémom v globálnych motorických programoch. V ranom období sa využívajú prvky techniky bazálnej stimulácie, polohovanie, dojčenská masáž, orofaciálnej stimulácie. V ambulantnej starostlivosti sú využívané techniky kinezioterapie podľa vývojovej kineziológie (reflexná lokomócia podľa Vojtu, Bobathov koncept), respiračnej fyzioterapie, exteroceptívnej facilitácie a inhibície podľa Hermachovej, mäkké techniky (Dortová, 2009).

Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný a vývoj podporujúci stimulačný koncept, ktorý sa orientuje na všetky oblasti ľudských potrieb. Podporuje primeraný prísun podnetov z vlastného organizmu a tiež z okolia. Týmto podporuje udržanie hustoty dendritickej arborizácie a vznik nových dendritických spojení medzi neurónmi. Teoretická základňa konceptu je založená na predpokladoch neurofyziologického modelu vývoja, genetických prvkoch vývojovej psychológie, poznatkov fyzioterapie (predovšetkým Bobathovej konceptu), psychológie a pedagogiky. Základnými prvkami konceptu je pohyb, komunikácia a vnímanie a ich úzke prepojenie. Medzi techniky konceptu, využívajúce sa v neonatológii môžeme zaradiť prvky základnej stimulácie i prvky nastavbovej stimulácie. K základnej stimulácii patrí somatická stimulácia (orientácia na postihnutú stranu, polohovanie), vibračná stimulácia (hladenie, masáže a pod), vestibulárna stimulácia (polohovanie hlavy). Nastavbovú stimuláciu tvorí optická stimulácia, auditívna stimulácia (počúvanie kaziet,

rozprávok), taktilne-haptická stimulácia, olfaktorická stimulácia, orálna stimulácia (Friedlová, 2007).

Dojčenská masáž podporuje zdravý vývoj dieťaťa, stimuluje krvný obeh, posilňuje imunitu, zlepšuje spánok, rozvíja motoriku a v neposlednom rade prináša potešenie a uvoľnenie. Nehovoriac o pozitívnom intímnom prepojení matky s dieťaťom.

Polohovanie je neoddeliteľnou súčasťou terapie, aj keď nie je aktívnou formou manipulácie. V prvej polovici tehotenstva keď má fetus dostatok miesta pre pohyb. V druhej polovici tehotenstva má miesta stále menej obklopený plodovou vodou. Maternica v tomto období dáva dieťaťu predovšetkým v posledných 6 týždňov viacej opory a istoty. Nenecháva mu už viacej priestoru pre pohyblivosť. Predčasne narodené dieťa má skrátením vývojovej fázy v matkinom tele deficit zrenia. Mimomaterničné prostredie neumožňuje dieťaťu možnosť aktivity odstrčenia, a možnosť opory hlavy, trupu a končatín. Tým chýba senzorycký podnet, ktorý je potrebný k vnímaniu vlastného tela. Dieťa si s ťažkosťou buduje svalové napätie proti pôsobením gravitácie (Friedlová, 2007). Týmto nedostatkom vznikajú kompenzačné pohybové vzory. Preto je dôležité u predčasne narodených detí prispôbiť prostredie ako predpoklad pre normálny motorický a senzomotorický vývoj polohovaním. Polohovanie sa prispôsobuje miestu, kde je dieťa umiestnené, v inkubátore, v postieľke. Novorodencovi je ponúknutá možnosť opory o hlavu, trup a končatiny. Môže byť v polohe na chrbte alebo na boku v embryonálnej polohe. Nastavením flekčného postavenia končatín pomocou "hniezda" zrušíme neideálnu aferentáciu z hyperabdukčnej polohy dolných končatín.

Orofaciálna stimulácia podľa konceptu Castillo-Morales – aktivácia a regulácia orofaciálnych funkcií (sania, hltania, kontrola slinenia, žuvania, mimiky a hltania) (Pavlú, 2003). Aktivuje sa kompletná orofaciálna muskulatúra s cieľom dosiahnuť fyziologické funkcie porovnateľné s donosenými deťmi (sacie a hltacie).

Respiračná fyzioterapia. Kontaktné dýchanie, pri ktorom ruky terapeuta vedú a stimulujú dýchacie pohyby dieťaťa. Terapeut musí zachytiť frekvenciu a rytmus dýchania, striedanie nádychu a výdychu. Technika sa prevádza dlhodobo na jednom mieste hrudníku a väčšinou sa kombinuje s polohovaním / zmenami polohy, s manuálnou vibráciou vo výdychovej fázy dychového cyklu a mäkkými technikami, uvoľňujúce kožu fascie a sval. Cieľom týchto techník je prehĺbenie dýchacích pohybov a zlepšenie pohyblivosti hrudníku s následným rozpustením a odstránením sekrétu. Priaznivo pôsobí na zmenu prievitu bronchov a zrýchlenie prúdenia vzduchu v dýchacích cestách, ich rozšírenie a roztiahnutie pľúcneho tkaniva.

Kinezioterapia – jej cieľom je potlačenie patologických reflexných mechanizmov, podpora posturálnych reflexov a integrácia antigravitačných a fázických mechanizmov. Pri terapii reflexnou lokomóciou podľa Vojtu, predovšetkým jej aplikáciou u dojčiat ohrozených vývojom infantilnej cerebrálnej parézy v prípade klinického zlepšenia, sú modely abnormálnej posturálnej reaktivity nahradené ideálnymi parciálnymi modelmi z novorodeneckého obdobia (Vojta 1993). Terapia prenatálnych novorodencov má ťažisko v aktivácii zón s následným ovplyvnením sania, hltania, dýchania a vylučovania. Nastupuje ihneď po stabilizovaní vitálnych funkcií. Počas terapie sledujeme zmenu šírky rebier, frekvenciu dýchania, spontánnu rotáciu hlavy. Aktivácia by nemala presahovať časový

horizont 5 minút. Už počas hospitalizácie kladieme dôraz na aktiváciu dieťaťa rodičmi, resp. matkou, pod vedením vyškoleného fyzioterapeuta. Reakcie plodu na bolesť dozrievajú okolo 29. gestačného týždňa, nezrelé dieťa je citlivejšie na bolesť ako zrelé, ale reaguje na bolestivý výkon menej výraznou zmenou chovania (mimika, pohyby končatín) ale distress sa dá zaregistrovať zmenou tlaku O₂, CO₂, srdčnou frekvenciou, zmenou rytmu dýchania, avšak návrat ku východiskovým hodnotám trvá dlhšie ako deťom donoseným. Literatúra uvádza, že v neskoršom veku u predčasne narodených detí sú pozorovateľné poruchy koncentrácie a psychomotorický nepokoj ako dôsledok nadmernej stimulácie nezrelého mozgu (Zibolen, 2000). Ten nie je pripravený po narodení na príjem množstva informácií. Toto pozorovanie viedlo k vytvoreniu Mini Handlingu ako súčasť Bobathovej konceptu. Cieľom Handlingu je redukovať množstvo prichádzajúcich podráždení odpovedajúce úrovni vývojového veku. (tlmenie svetla, hlasných prejavov, poplašných situácií, rôznych situácií napr. odber krvi v dobe keď je dieťa v bdelom stave). Je treba dodržiavať pokoj ak dieťa spí a nestimulovať ho bazálnou stimuláciou. Bobathovej koncept využíva i dotykovo- kinestetickú manipuláciu v ranom období, čo zahŕňa systém manuálnych kontaktov, pôsobiacich na kľúčové body tela (ramená, panva, sternum, chrbtica) dieťaťa, ktoré vedú k tlmeniu nežiaducich reflexov, regulácii tonusu a ovplyvneniu kompenzačných mechanizmov v spontánnom pohybe. Tým sa podporuje tvorba normálneho pohybového vzorca a hlavne sa podporuje správny senzoričný vnem podľa veku dieťaťa (Pavlů, 2003). Dôležitý aferentný vstup, Bobathovej koncept považuje východiskovú posturu (polohovanie) dieťaťa v ktorej dokáže uplatniť fázické funkcie (Pavlů, 2003). Handling a polohovanie by mali ovládať všetci členovia terapeutického tímu.

Exteroreceptívna facilitácia a inhibícia podľa Hermachovej je metóda hľadania mäkkých tkanív cielená na kožu, fascie a svaly. Cieľom je optimalizovať svalové napätie a následne funkciu exteroreceptívnu facilitáciou (hladením), kĺbnou stabilizáciou a dychovou terapiou (Šidáková, 2009).

Mäkké techniky je špeciálna metodika manuálnej medicíny, ktorá ovplyvňuje reflexné zmeny v svaloch a podkoží, s cieľom zníženia svalového napätia a uľahčenia následnej mobilizácie či manipulácie. U nedonosených detí sa využíva aj celkom ľahký dotyk kože prstom, masáž miernym tlakom a posunom špičky prstov, vnoreného do kože.

Kazuistika

Osobná anamnéza: Extrémne nedonosený novorodenec sa narodil spontánne záhlavím. Po pôrode bolo dieťa asfyktické následne intubované, ženského pohlavia. Do 27 týždňa prebiehala prvá gravidita fyziologicky, následne kvasinková infekcia matky a spontánny pôrod. Pôrodná hmotnosť novorodenca bola 970 g, Apgarovej skóre 1/3/6, na umelej ventilácii bolo 6 dní, dieťa preliečené antibiotikami pre intraamnióvu infekciu, prítomná choroba hyalínových membrán a retinopatia. Novorodenec liečený fototerapiou pre hyperbilirubinémiu na podklade nezrelosti kožných extravazátov (popôrodný traumatizmus). Koža po narodení bola tenká, prítomný svalový hypononus so zníženou spontánnou hybnosťou. Končatiny boli súmerné, bez edémov a deformít, novorodenecké reflexy (sací, úchopový reflex na horných i dolných končatinách) naznačené. V osobnej anamnéze nachádzame sledovanie v špecializovaných ambulanciách očnej (pre retinopatiu),

ortopedickej (pre dyspláziu bedrových kĺbov Ia-, Ib-), pneumologickú (IRDS), ORL (nevýbavný akustikofaciálny reflex). Sonografické vyšetrenie nepreukázalo patologické zmeny mozgu.

Fyzioterapia sa realizovala na základe odporúčania neonatológom po celkovej stabilizácii a adaptácii organizmu od 1 týždňa po narodení na Novorodeneckom oddelení v Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou Bratislava. Využívali sa prvky bazálnej stimulácie, polohovania a masáže. Prvky bazálnej stimulácie na základe edukácie rodičov obsahovali somatickú, vestibulárnu a vibračnú stimuláciu. Rodičia dieťaťa spievali, hladili a dotýkali sa ho v inkubátore neskôr si dieťaťko matka pokladala na hrudník (Padyšáková, Repková, 2008). Polohovanie bolo realizované už od prvých dní života a to v polohe na chrbte, na boku a v pronačnej polohe ak to stav a ošetrovateľský postup umožnil. (Obrázok 1, 2). Jemná masáž krúživými pohybmi praravertebrálne, horných a dolných končatín sa realizovala až po uložení dieťaťa v postieľke. V priebehu hospitalizácie bolo dieťa sondované a slabšie pilo dávky s cumlíkom preto sa v dvoch mesiacoch veku zahájila orofaciálna stimulácia.



Obrázok 1 Polohovanie na boku v hniezde



Obrázok 2 Prvky bazálnej stimulácie

Vo veku 3mesiacov (korigovaný vek 3 týždne) dieťa odporúčané obvodným pediatrom na rehabilitáciu do RC Harmony Bratislava.

Kineziologická analýza obsahovala porovnanie spontánnej motoriky dieťaťa s ideálnou ontogenézou, vyšetrenie polohových reakcií a posúdenie dynamiky reflexov, ich prítomnosť v čase a symetriu.

V spontánnej motorike sme nepozorovali optický kontakt, dieťa komunikovalo len plačom. Supinačná poloha dievčatka bola asymetrická, holokinetická, konvex trupu bol na čelustnej strane s rotáciou hlavy vpravo s inklináciou vľavo. Na dolných končatinách sme pozorovali striedanie flexie s extenziou v bedrových a kolenných kĺbov, absentovalo flekčné držanie tela charakterizované ako prvé flekčné štádium podľa Ingramma (0-6 týždne) u donosených novorodencov. V spontánnej motorike bol prítomný Moorov reflex, ako reakcia na vonkajšie podráždenie. Pronačnú polohu charakterizovala na prvý pohľad absencia vzpriamovacích mechanizmov s extenčným postavením dolných končatín, asymetrické zaťaženie na sterne a lícnej kosti kvôli úklonu vľavo a rotácii vpravo v cervikálnej chrbtici. Pri snahe o zmenu polohy dieťa reagovalo generalizovaným pohybom. Vyšetrenie polohových reakcií zaradilo dieťa do stupňa centrálnej koordinačnej poruchy (CKP) číslo 3 podľa Vojtú. Vyšetrením

reflexov sme pozorovali vybaviteľnosť úchopových reflexov na dolných i horných končatinách, Galantov, suprapubický a akustikofaciálny reflex, ATŠR a chôdzový automatizmus. Fyziater diagnostikoval prematuritas, asymetriu držania hlavy, CKP 3 stupeň. Hlavný cieľ fyzioterapie sme si stanovili integrovať vzpriamovacie, fázické a antigravitačné mechanizmy do spontánnej motoriky dieťaťa ako základ lokomócie. Ako blízky cieľ fyzioterapie sme stanovili aktivovať vyváženú súhru ventrálnej a dorzálnej muskulatúry do CNS, čo umožní rotáciu hlavy. Indikovala sa reflexná lokomócia podľa Vojtu, dojčenská masáž, prvky Bobathovej konceptu. V domácom prostredí dieťa cvičilo s matkou 3-4 x denne do 5 minút reflexnou lokomóciou (matka bola edukovaná fyzioterapeutom) a 1x do týždňa pod vedením fyzioterapeuta.

Kontrolná kineziologická analýza nasledovala vo veku 7 mesiacov dieťaťa (korigovaný vek 4 mesiace, hmotnosť dieťaťa 5,500g). Optická fixácia bola prítomná, dieťa kontaktovalo úsmevom s okolím, disponovalo možnosťou rotácie hlavy na obidve strany, pozorovali sme antigravitačné držanie dolných končatín v supinačnej polohe, dieťa si kontaktovalo ruky (súhra ruka-ruka-ústa), siahalo si do oblasti kolenných kĺbov (4,5 mesiaca v ideálnej ontogenéze). V spontánnej motorike bola prítomná oporná báza (integrácia vzpriamovacích a antigravitačných mechanizmov) a na jej základe dieťa bolo schopné úchopu obojstranne (prítomnosť fázických mechanizmov) (Obrázok 3). Pri snahe o úchop sa dieťa dokázalo otočiť vľavo do polohy na boku (5 mesiacov v ideálnej ontogenéze). V pronačnej polohe vykazovala spontánna motorika dieťaťa známky nestabilnej opornej bázy s prepadávaním vpravo, reklinácia hlavy vľavo sa prejavila ako nemenná, konštantná odchýlka. Vyšetrenie reflexov potvrdilo prítomnosť úchopového reflexu na dolných končatinách a na horných končatinách v nižšej intenzite. ATŠR vľavo Galantov reflex, suprapubický reflex a chôdzový automatizmus sme nevybavili. Hodnotenie polohových reakcií preukázalo stupeň CKP 2.

Vo veku 7 mesiacov (korigovaný vek 4 mesiace) dieťa disponuje opornou bázou v supinačnej polohe, v rámci ktorej môže uchopovať a prenášať ťažisko čo zodpovedá motorickému vývoju v ideálnej ontogenéze 5 mesiaca. Tieto aspekty sú predpokladom k správne motorickej koordinácii potrebnej k lokomóci. Napriek priaznivo vyvíjajúcej sa spontánnej motoriky dieťaťa, rehabilitácia by mala pokračovať až do obdobia samostatnej bipedálnej lokomóci.



Obrázok 3 Fázický úchop v supinačnej polohe



Obrázok 4 Bobathovej koncept

Diskusia

Príspevok popisuje kazuistiku včasnej fyzioterapeutickej intervencie u nedonosených novorodencov, ktorá môže zabrániť motorickej patológii.

Zahraničná štúdia zameraná na efektivitu fyzioterapie z hľadiska hmotnosti, mineralizácie kostí a rast u nedonosených detí, preukázala priaznivé účinky na všetky uvedené aspekty. Do štúdie bolo zaradených -15 detí s fyzioterapeutickou intervenciou a 14 detí bez fyzioterapie. Obidve skupiny tvorili predčasne narodené deti. Kinezioterapia bola aplikovaná 15 minút denne, 5x týždenne až do prepustenia z nemocnice (Vignochi et al, 2008). Mendes (2008) uvádza štúdiu, ktorá preukázala, že aplikácia masáží matkou novorodenca s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou znižuje dĺžku hospitalizácie a výskyt neskoršej novorodeneckej sepsi. Hernandez- Reif (2007) popisuje štúdiu s dvomi skupinami detí, kde jednej skupine detí bola poskytovaná masáž a kinezioterapia pozostávajúca s flexie a extenzie končatín (15 min denne 5 dní). Kontrolnej skupine sa neindikovala fyzioterapia. Štúdia dokumentuje, že fyzioterapia má upokojujúce účinky a znižuje stres u predčasne narodených detí. Wheeden (1993) uvádza štúdiu s 15 detí v skupine liečenej 15 minút masážami každý deň po dobu desiatich dní. U všetkých sledovaných detí prišlo k nárastu telesnej hmotnosti, zníženiu popôrodných komplikácií a k zlepšeniu pohybového vývoja v porovnaní s deťmi z kontrolnej skupiny.

Záver

Definitívnu prognózu celého psychomotorického vývinu v prvých týždňoch života u nedonosených detí, nikto nedokáže odhadnúť. I napriek skepticizmu niektorých autorov o možnosti fyzioterapie zabrániť vývoju obrazu ťažkej infantilnej cerebrálnej parézy u predčasne narodených detí, podľa našich zistení odporúčame poskytnúť adekvátnu terapiu každému nedonosenému dieťaťu vhodnou voľbou metodík, ktoré zohľadňujú aktuálny psychický i motorický stav nedonosenca.

Literatúra

- [1] BERANOVÁ, B., KOVAČIKOVÁ, V.1998. Vývoj náhradnej motoriky. In: *Rehabilitácia*. 1998, roč. 31, č. 2, s. 68 – 72.
- [2] DORTOVÁ E., et. al.2009. Prístup k deťom se svalovou hypertonií v novorozeneckém a kojeneckém veku. In *Pediatrica pre prax*.ISSN 1336-8168, 2009, roč.10, č. 6, s. 296-298.
- [3] FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vydanie Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [4] HADLEY, LB., WEST, D. 1999.*Developmental and behavioural characteristics of preterm infants* .NICU INK Book Publishers Santa Rosa California, 1999: 31.
- [5] HERNANDEZ-REIF, M., et al. Preterm Infants Show Reduced Stress Behaviors and Activity after 5 days of Massage Therapy In *Infant BehavDev*. ISSN 0163-6383, 2007 December ; 30(4): 557–561.
- [6] KLÁNOVÁ,T.2003.Kineziologickéhodnocení dynamiky hybného vývoje u předčasně narozených dětí do předpokládaného termínu porodu. In *Rehabilitace a fyzikálnílékařství*. ISSN 1211-2658, 2003, roč.10, č.1, s. 50-54.
- [7] KOVÁČIKOVÁ, V.1998. Postavení Vojtovy metody ve fyzioterapii hybných porúch. In : *Rehabilitácia*. 1998, roč. 31, č. 2, s. 82 – 85.
- [8] MENDES, EW., PROCIANOY, RS.2008. Massage therapy reduce shospital stay and occurrenceoflate-on setsepsis in very preterm neonates. In *J PERINATOL*2008 Dec;28(12):815-20. Epub 2008 Jul 17. ISSN: 1936-959X .
- [9] PADYŠÁKOVÁ, H. - REPKOVÁ, A. 2008. Podpora materstva u matiek predčasne narodených detí - klokankovanie In *Mateřství - Sborník z konference porodních asistentek a dětských sester*. Zlín : UTB, 2008. ISBN 978-80-7318-700-2.
- [10] PADYŠÁKOVÁ, H. 2009. Pôrod z pohľadu novorodenca. In. Zborník z medzinárodnej konferencie *Pohledy na porod*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. ISBN 978-80-7318-827-6.
- [11] PADYŠÁKOVÁ, H., REPKOVÁ, A., ZLOCHOVÁ, K. 2008. Klokankovanie - podpora materstva u matiek predčasne narodených detí. In: *Ošetrovatel'ský obzor*. - ISSN 1336-5606. - Roč. 5, č. 2 (2008), s. 47-50.
- [12] PAVLU, D. 2003.*S peciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. Vydanie. Praha Cerm 2003, ISBN 80-7204-312-9.
- [13] PEYCHL, I.2005.*Nedonošenédítě v péči praktického a nemocničního pediatra*.1. Vydanie. Praha: Galén. 2005. 64 s.
- [14] REPKOVÁ, A. 2011. Emociónna starostlivosť o šestonediel'ku. In *Jihlavské zdravotnicke dny 2011*. Sborník z mezinárodní konference. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011. ISBN 978-80-87035-37-5. s. 557-560.
- [15] ŠIDÁKOVÁ S.2009 Rehabilitační techniky nejčastěji používané v terapii funkčních poruch pohybového aparátu. In *Medicína pro praxi* [online]. 2009 roč.6, č. 6 [cit.

2012-01-17] Dostupné na internete:

<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/06/09.pdf>

- [16] VIGNOCHI CM, et al. 2008. Effects of motor physicaltherapy on bone mineralization in premature infants: a randomized controlled study. In *Journal of Perinatology*. ISSN: 0743-8346, 2008, Sep;28(9):624-31. Epub 2008 Jul 17. ISSN: 1936-959X.
- [17] VOJTA, V., PETERS, A. 2010. *Vojtův princip*. 1 Vydanie Praha: Grada, 2010. 180s., ISBN 978-80-247-2710-3.
- [18] VOJTA, V. 1993. *Cerebrálne poruchy pohybového ústrojenstva v dojčenskom veku*. Bratislava: MK3. 1993. 266 s.
- [19] ZIBOLEN, M. 200. *Vybrané kapitoly z neonatológie*. Univerzita Komenského Bratislava, 2000 s. 90. ISBN 80-223-1478-1.

Kontaktné údaje

Elena Žiaková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

SZU Bratislava

Limbova 12 83303

e-mail: elenaziakov@gmail.com

VPLYV TERAPIE ZARIADENIA LOKOMAT NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTA S DMO Z POHLĀDU RODIČA

Elena Žiaková^{1,2}, Pavol Sivák¹

¹RC Harmony n.o., Bratislava, ²SZU, FOaZOŠ, Katedra fyzioterapie, Bratislava

Abstrakt

Práca prezentuje problematiku využitia robotickej terapie v systéme Lokomat u detí s detskou mozgovou obrnou a jej praktický účinok v každodennom živote z pohľadu rodiča. V práci popisujeme robotický systém Lokomat a spôsob aplikácie terapie pomocou tohto prístroja. V prieskume sme oslovili matky detí s detskou mozgovou obrnou a formou dotazníku sme získali ich subjektívne hodnotenie účinku Lokomatu na vykonávanie bežných denných činností. Takto získané informácie sme následne vyhodnotili a získané výsledky prezentovali v tejto práci. Na základe týchto výsledkov môžeme hodnotiť terapiu v Lokomate pre deti s detskou mozgovou obrnou ako prospešnú, nakoľko subjektívne hodnotenia matiek poukázali na zlepšenia pozorované u všetkých posudzovaných aktivít každodenného života.

KLúčové slová

Terapia v systéme Lokomat, Detská mozgová obrna, Účinok z pohľadu matky, ADL.

EFFECT OF LOKOMAT THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENT WITH CEREBRAL PALSY FROM THE PERSPECTIVE OF A PARENT

Abstract

The work presents issues of using a robotic system Lokomat therapy for children with cerebral palsy and its practical effect in daily life from the perspective of a parent. In our work we are describing the robotic system Lokomat and method of application of therapy with this device. In the survey, we approached mothers of children with cerebral palsy and we obtained in a questionnaire their subjective assessments of the impact Lokomat to perform routine daily activities. Then we evaluated information thus obtained, and presented the obtained results in this work. Based on these results we can rate the Lokomat therapy for children with cerebral palsy as beneficial, because subjective evaluations of mothers pointed to the improvements observed in all evaluated activities of daily life.

Key words

Therapy in the Lokomat system, Cerebral palsy, Effect from mother's point of view, Activities of daily living.

Úvod

Pre zdravý a harmonický vývoj dieťaťa je dôležitých mnoho činiteľov, od genetickej predispozície, cez sociálne ekonomické vzťahy až po starostlivosť zo strany rodičov

(Padyšáková, 2006). Detská mozgová obrna je diagnóza vzťahujúca sa k patologickým zmenám centrálnej nervovej sústavy a ich následným obmedzením fyziologických funkcií celého organizmu, od ľahších či ťažších postihov pohybovej sústavy, po rôzne druhy postihnutia psychickej stránky dieťaťa. Spoločným menovateľom je obdobie vzniku zmien v centrálnej nervovej sústave a to je obdobie najskoršieho vývinu organizmu, počnúc obdobím pred narodením až do veku približne jedného roka života (Pfeiffer, 2007). Donosená gravidita, fyziologický pôrod u dobre edukovanej rodičky, ktorá absolvovala kurz psychofyzickej prípravy na pôrod predstavuje jednu z možných redukcii vzniku detskej mozgovej obrny (Repková, 2008).

Týmto špecifikom sa z neho stáva diagnóza postihujúca nielen dotknuté dieťa, ale aj jeho najbližšiu rodinu, väčšinou predovšetkým matku.

Práve na nej ostáva hlavná starostlivosť o dieťa, ktorého vývin musí byť pozorne sledovaný odborníkmi od najskoršieho možného obdobia. Už tu sa matka musí aktívne zúčastňovať na terapii svojho dieťaťa.

Nakoľko spektrum druhov a rozsahu postihnutia je široké, sú prípady kedy aj najlepšia dostupná terapia môže dosiahnuť iba minimálny efekt. Aj napriek najvyššej starostlivosti všetkých zúčastnených strán, väčšinou ostáva postihnutie očividné, s výrazným negatívnym zásahom na kvalitu života postihnutého dieťaťa. Hoci sa nejedná o progredujúce ochorenie, terapia zostáva aktuálna minimálne do obdobia dospelosti, nakoľko hlavne sekundárne postihnutie pohybovej sústavy vyžaduje predovšetkým pravidelnú rehabilitáciu, najmä pred ukončením rastu. A je to väčšinou práve matka, ktorá preberá starostlivosť o životné potreby dieťa. V najútlejšom veku sa ešte jedná o starostlivosť relatívne prirodzenú. Postarať sa o hygienu, výživu či ošatenie dieťaťa je bežná činnosť u matiek zdravých detí a väčšina rodín túto úlohu bezproblémovo plní. Avšak kombináciou rastu a patologických zmien pohybovej sústavy, sa obdobie v ktorom je dieťa s detskou mozgovou obrnou odkázané na matku, často násobí v závislosti na druhu a rozsahu postihnutia a nezriedka ostáva trvalé. Bežné denné činnosti ako je obliekanie, umývanie, stravovanie sa a v neposlednom rade, vyplnenie voľného času hrou či inou záujmovou činnosťou, sa stávajú zložitejšími. Zátiaľ je kladená na celú rodinu. Aby mladí ľudia zvolili pozitívny prístup k svojmu zdraviu, musia mať vedomosti, podmienky a vôľu. (Musilová, 2009).

Trvalou úlohou spoločnosti je vytvárať aktivity na zvýšenie pozície rodiny, na posilnenie statusu manželstva v spoločnosti, a tým podporu rodičovstva (Padyšáková, 2008).

Mobilita, či už v rámci domáceho prostredia, vonkajšieho prostredia alebo interiéru iných budov tu býva často problematická. Pri tomto všetkom sú kladené niekoľkonásobne vyššie nároky na dieťa, no často ešte omnoho rozsiahlejšie nároky na matku, ako po stránke fyzickej tak i po stránke psychickej.

Poukazujeme preto na účinky novej možnosti terapie pre tieto deti, práve z pohľadu ich matiek. Tieto subjektívne hodnotenia už vyššie spomenutých činností každodenného života, by nám mali odhaliť zlepšenie kvality života po absolvovaní terapie v systéme Lokomat u detí s detskou mozgovou obrnou a taktiež u ich matiek.

Zariadenie Lokomat

Cielený lokomočný tréning vedie k supraspinálnej plasticite motorických centier CNS spojených s lokomočnými funkciami. Lokomat je nové medicínsko–technické zariadenie, ktoré nadväzuje na manuálne asistovaný tréning chôdze pomocou pohyblivého chodníka. Spĺňa náročné kritériá súčasnej neurorehabilitácie, ktoré vychádzajú z poznatku plasticity centrálného nervového systému, čiže schopnosti reorganizácie a remodelácie CNS aktivovanej intenzívnou stimuláciou z periférie (Ondriová, Sinaiová, 2009). Vďaka presnej kontrole hlavných parametrov chôdzového stereotypu a výraznému uľahčeniu práce s pacientom s poruchou alebo neschopnosťou chôdze, môže byť tréning dlhší, liečba efektívnejšia a dá sa očakávať rýchlejšie dosiahnutie pozitívnych výsledkov.

Zariadenie Lokomat spĺňa kritéria poskytovania kvalitnej starostlivosti. Cielený lokomočný tréning je aktuálny, reaguje na bezprostrednú potrebu pacienta, je účinný vzhľadom na jeho zdravotný stav, je pozitívne prijatý pacientom, rodinou a je adekvátny z hľadiska vedeckého poznania a efektivity (Padyšáková, 2011).

Zariadenie podstatne uľahčuje cvičenie spacientmi, ktorí sú postihnutí rôznymi patologickými zmenami. Systém Lokomat je elektricky riadená ortéza, ktorá sa skladá z opasku a dvoch ortéz pre dolné končatiny (Obrázok 1,2). Obe ortézy pre dolné končatiny sú vybavené riadením bedrového a kolenného kĺbu. Systém Lokomat je namontovaný prostredníctvom rovnobežníku na otočných dverách. Používa sa v kombinácii s pohyblivým pásom a systémom podpory telesnej hmotnosti. Je riadený osobným počítačom (Hocoma, 2007). Pacient by nemal mať procedúru tesne po najedení (Musilová, 2003). Systém Lokomat bol vyvinutý v spolupráci s Centrom pre úrazy miechy pri Fakultnej nemocnici Balgrist v Zürichu vo Švajčiarsku. K jeho vývoju viedla tesná spolupráca s lekármi, terapeutmi, pacientmi a vedeckým personálom, ktorá ponúka najvyššiu možnú úroveň praktického využitia a zamerania sa na pacientov. Spoločnosť Hocoma AG taktiež prisudzuje pri ďalšom vývoji systému Lokomat veľkú dôležitosť tesnej spolupráci s klinikami a univerzitami (Hocoma, 2007).



Obrázok 1 Zariadenie Lokomat (archív autora)



Obrázok 2 Zariadenie Lokomat biofeedback (archív autora)

Ciele

Cieľom našej práce bolo poukázať na pozitívny účinok terapie v systéme Lokomat (robotickej rehabilitačnej terapie), pre deti s detskou mozgovou obrnou z pohľadu matky. Na dosiahnutie tohto cieľa sme sa rozhodli preskúmať účinok Lokomatu na vykonávanie bežných denných činností u týchto detí a tiež účinok na mobilitu týchto detí.

Materiál a metóda

Objekt nášho skúmania tvoril súbor matiek detí s detskou mozgovou obrnou, ktoré v rehabilitačnom centre Harmony n.o. Kudláková 2, Bratislava, absolvovali v období rokov 2007 - 2010 terapiu na robotickom zariadení Lokomat, s minimálnym počtom 20 cvičení v trvaní 25-45 minút na jedno cvičenie.

K dosiahnutiu výsledkov našej práce sme zvolili metódu prieskumu. Realizácia bola prostredníctvom nami vypracovaného dotazníku. Ten bol osobne alebo elektronickou poštou poskytnutý matkám detí s DMO, ktoré spĺňali podmienky rozsahu predchádzajúceho cvičenia v systéme Lokomat.

Z respondentkám poskytnutého celkového počtu 41 kusov dotazníkov sa nám vrátilo 28, čo tvorilo z celkového počtu 68.29 %. Tým sa nám celkový súbor posudzovaných pacientov zúžil na 28 detí.

Vekové rozmedzie detí bolo od 5 do 17 rokov, priemerný vek detí bol 11,07 roka.

Z celkového počtu súboru 28 detí bolo 21 mužského pohlavia.

- Vyhodnotili sme celkové zlepšenia v položkách zameraných na držanie tela pri bežných denných činnostiach. Z celkového počtu 175 vyjadrení týkajúcich sa zlepšenia držania tela, bolo 130 položiek ohodnotených kladne, čo tvorí 74,29% pozitívnych hodnotení.
- Vyhodnotili sme celkové zlepšenia v položkách zameraných na samostatný pohyb pri bežných denných činnostiach. Zo 154 vyjadrení týkajúcich sa zlepšenia samostatného pohybu bolo 116 položiek ohodnotených kladne, čo tvorí 75,32% pozitívnych hodnotení.
- Vyhodnotili sme celkové zlepšenie v posturálnych činnostiach v sede a v stoji. V skupine otázok poloha v sede z celkového počtu získaných 204 vyjadrení v tejto skupine bolo vyhodnotených 148 položiek kladne, čo predstavuje 72,55% pozitívnych hodnotení. V skupine otázok poloha v stoji z celkového počtu získaných 99 vyjadrení v tejto skupine bolo vyhodnotených 77 položiek kladne, čo predstavuje 77,78% pozitívnych hodnotení.
- Vyhodnotili sme celkové zlepšenie mobility. V skupine otázok presun z celkového počtu získaných 86 vyjadrení v tejto skupine bolo vyhodnotených 71 položiek kladne, čo predstavuje 82,56% pozitívnych hodnotení.
- Vyhodnotili sme celkové zlepšenie všetkých pacientov vo všetkých položkách skupín zatvorených otázok. Z celkového počtu získaných 402 vyjadrení bolo vyhodnotených 309 položiek kladne, čiže 76,87% pozitívnych hodnotení.

Diskusia

Pri zhodnotení výsledkov našej práce sme sa stretli s otázkou rozsahu respondentskej vzorky. Pre bežné štatistické hodnotenia by sa naša vzorka mohla zdať príliš úzka na objektívne zhodnotenie problematiky. Musíme však brať do úvahy, že táto vzorka zahŕňala všetky deti s detskou mozgovou obrnou, ktoré absolvovali terapiu v systéme Lokomat v už vyššie spomenutom časovom období troch rokov v rámci regiónu Slovenskej republiky, nakoľko robotický rehabilitačný systém Lokomat využitý pri našej terapii, bol v tomto období v našom regióne jediný svojho druhu. Preto je aj respondentská vzorka zahrnutá v našej práci relatívne malá.

Štúdia Borggrafeova z roku 2007 zahŕňa jednu kazuistiku šesť ročného chlapca s bilaterálnou spastickou mozgovou obrnou. Ďalšia zahraničná štúdia „Partial body-weight-supported treadmill training can improve walking in children with cerebral palsy: A clinical control trial.” (Dodd, K. J., Foley, S. 2007) sa venuje štrnástim deťom vo vekovom rozmedzí 5-14 rokov.

Zdravie je základným prameňom každodenného života (Musilová a kol. 2010). Naša práca je v porovnaní s vyššie spomenutými zahraničnými autormi špecifická spôsobom posudzovania účinkov terapie v Lokomate. Zvolili sme spôsob subjektívneho hodnotenia matiek detí s detskou mozgovou obrnou. Táto skupina, vo svojej podstate laická verejnosť, má však najbližšie k našim pacientom. Taktiež dokáže relatívne presne ohodnotiť každodenné aktivity bežného života svojho dieťaťa s diagnózou DMO, nakoľko ich vykonáva a prežíva priamo s ním. Navyše môžu byť matky detí s detskou mozgovou obrnou k novej terapii ktorú podstupuje ich dieťa, často prekvapivo kritické. Napriek tomu sme dosiahli vysoko pozitívne výsledky, prezentujúce kladný postoj matiek v hodnotiacej reakcii na predchádzajúcu podstupenú terapiu v robotickom rehabilitačnom zariadení Lokomat. Ich pozitívny postoj sa celkovo prejavil vo vyše troch štvrtinách kladných odpovedí na otázky zatvoreného typu, tvoriace ťažiskovú časť dotazníka. Navyše bol tento pozitívny postoj umocnený samostatným odpovedaním na otvorenú otázku vo vyše polovici prípadov. Cenné postrehy zlepšení, či už pri vykonávaní iných činností ako tých ktoré sme spomenuli v dotazníku (hipoterapia, chôdza po schodoch, chôdza popri nábytku/stene), alebo dokonca pri konkrétnych pohybových úkonoch pri chôdzi (zlepšenie flexie v kolennom kĺbe, zníženie množstva pádov, užšia báza pri chôdzi, schopnosť zastavenia sa pri chôdzi), posúvajú kladné vyhodnotenie dotazníku o stupienok vyššie.

Kladný efekt terapie v Lokomate sa pozitívne prejavil vo všetkých posudzovaných oblastiach každodenného života. Najvyššia miera zlepšenia sa prejavila práve v oblasti mobility dieťaťa. Tu nám prostredníctvom nami zvolenej metódy bolo potvrdené najvýraznejšie zlepšenie, pri už existujúcom spôsobe premiestňovania sa a v jednom prípade sme navyše zistili, že pacient začal používať spôsob nový. V tejto oblasti sa naša práca zhoduje s už existujúcimi vyššie spomenutými štúdiami, pri ktorých však boli na hodnotenie zvolené spôsoby objektívneho vyšetrenia a testov.

Druhý najvyšší účinok terapie sme zaznamenali v oblasti bežných denných činností vykonávaných v stoji. Spolu s ostatnými posudzovanými činnosťami sa aj táto už približuje k percentuálnej hodnote celkového zlepšenia súhrnu všetkých posudzovaných činností.

Najmenší účinok terapie sme zistili v oblasti bežných denných činností vykonávaných v sede. Aj tu sme však zaznamenali vyše 72% kladných odpovedí.

Z uvedených výsledkov (výraznejšie zlepšenie pri činnostiach vykonávaných v stoji ako pri činnostiach vykonávaných v sede, najviac samostatných postrehov matiek zameraných práve na zlepšenie vlastnej chôdze) nám ešte vyplynula skutočnosť, že výraznejšie zlepšenie bolo matkami pozorované práve pri funkciách a polohách ktoré priamo súvisia s cvičením na Lokomate.

Záver

V našej práci sme potvrdili prospešnosť robotickej terapie v systéme Lokomat pre deti s detskou mozgovou obrnou, hodnotenú podľa subjektívneho pozorovania rodiča. Tento systém presne vykonávaného tréningu chôdze na bežiacom páse, s využitím systému podpory telesnej hmotnosti, sa ukázal prínosný nielen pre vykonávanie chôdze ako takej. Zaznamenali sme tiež zlepšenie vo vykonávaní celej škály bežných denných činností vykonávaných v rôznych polohách (sed, stoj, ľah). Taktiež sme odhalili zlepšenie mobility ako takej, respektíve schopnosti premiestňovania sa akýmkoľvek spôsobom, či už za pomoci barle/ý, chodítka, za pomoci druhej osoby, alebo aj iným spôsobom. Po zhodnotení nami dosiahnutých výsledkov môžeme konštatovať, že terapia v systéme Lokomat má z pohľadu rodiča pozitívny vplyv na kvalitu života dieťaťa s DMO. Celkové zlepšenie pohybových schopností detí podľa vyhodnotenia dotazníkov zodpovedanými matkami týchto detí, sa zároveň zhodovalo s výsledkami objektívnych vyšetrení a testov dosiahnutých inými autormi venujúcimi sa tejto problematike

Bibliografia

- [1] BORGGRAEFE , I. et al 2007. Improved gait parameters after robotic-assisted locomotor treadmill therapy in a 6-year-old child with cerebral palsy. In *Movement Disorders*, Volume 23, Issue 2, 30 January 2007 s 280–283.
- [2] DODD, K.J., FOLEY S. 2007 . Partial body weight support treadmill training can improve walking in children with cerebral palsy: a clinical controlled trial. In *Developmental Medicine and Child Neurology* 2007;49: s.101-105.
- [3] HOCOMA, 2007. *Systém Lokomat, návod k obsluze, príručka pro verzi softwaru 4.31* [CD-ROM]. Hocoma AG 2007
- [4] MUSILOVÁ, E., MAČKINOVÁ, M., KNOŠKOVÁ, E. 2010. Spôsob života a zdravie, In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. - ISSN 1336-9326. - Roč. 5, č. 1-2, 2010, s. 5-7.
- [5] MUSILOVÁ, E. 2009. Životný štýl adolescentov, In: *Ošetrovateľský obzor*. - ISSN 1336-5606. - Roč. 6, č. 2 (2009), s. 42-44
- [6] MUSILOVÁ, E. 2003. Hydroterapia, In: *Fyzikálna terapia*. - Martin : Osveta, 2003. - ISBN 80-8063-230-8. - s. 300-319.
- [7] ONDRIOVÁ, I., SINAIIOVÁ, A. 2009. Detská mozgová obrna, In *Lekárske listy*, odborná príloha Zdravotníckych novín, 5.2.2009, s.10. ISSN 1335-4477.
- [8] PADYŠÁKOVÁ, H. 2006. Rizikové sociálne skupiny - ošetrovateľské aspekty. In: *Ošetrovateľský obzor*. - ISSN 1336-5606. - Roč. 3, č. 2 (2006), s. 52-60.

- [9] PADYŠÁKOVÁ, H. 2008. *Výchova k rodičovstvu* / Hana Padyšáková. - Bratislava : SZU, 2008. - 108 s. - ISBN 978-80-89352-22-7.
- [10] PADYŠÁKOVÁ, H. 2011. *Determinanty kvality zdravotnej a sociálnej starostlivosti na Slovensku* / Hana Padyšáková In: *Sborník z medzinárodnej konferencie Jihlavské zdravotnícké dny 2011*, Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011, s. 512 – 518. ISBN 978-80-87035-37-5
- [11] PFEIFFER, J 2007. *Neurologie v rehabilitaci* Praha: Grada Publishing 2007 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- [12] REPKOVÁ, A. 2008. *Psychofyzická príprava na pôrod*. Bratislava : SZU, 2008. 105 s. ISBN 978-80-89352-21-0.

Kontaktné údaje

PhDr. Elena Žiaková

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

SZU Bratislava

Limbova 12

e-mail: elenaziakov@gmail.com