

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
sv. Alžbety, n.o. Bratislava
detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej
v Rožňave

Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram,
Česká republika

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika,
Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice



ZBORNÍK vedeckých prác

Piešťany

2017

OŠETROVATEĽSTVO 2020 - TRENDY, ZMENY A BUDÚCNOSŤ

Názov zborníka: Ošetrovatel'stvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť

Počet strán: 264

Zostavovateľ: doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.

Autor: Kolektív autorov

Recenzenti:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Vydavateľ: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sány Salkaháziovej v Rožňave

Rok vydania: 2017

Náklad: 300 ks

ISBN 978-80-8132-166-5

Publikácia neprešla jazykovou úpravou. Za obsahovú, odbornú, jazykovú správnosť a citáciu literárnych zdrojov zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

Reprodukovanie je povolené s podmienkou uvedenia zdroja.

OBSAH

PREDHOVOR	5
BACHRATÁ Zuzana, KRISTOVÁ Jarmila	6
MOŽNOSTI VYUŽITIA SUPERVÍZIE V PODMIENKACH OŠETROVATELSKEJ PRAXE	
BARTONÍČKOVÁ Iva, TOUŠOVÁ Veronika	15
PROBLEMATIKA CHIRURGICKÉHO KOUŘE	
BEDNAREK Anna, BODAJKO – GROCHOWSKA Anna, ZARZYCKA Danuta, RAKOVÁ Jana, DIMUNOVÁ Lucia	27
INFLUENCE OF SMOKING TOBACCO ON THE HEALTH OF YOUNG CHILDREN WPŁYW PALENIA TYTONIU NA ZDROWIE DZIECI MŁODSZYCH	
BIRÓ KLOCHÁŇOVÁ Stanislava, BIRÓ Csaba	41
MOŽNOSTI OČNEJ BANKY UNB PRI PRÍPRAVE ROHOVIEK K TRANSPLANTACII PRI OČNÝCH KOMPLIKÁCIÁCH V RÁMCI REUMATOIDNEJ ARTRITÍDY	
ČÁPOVÁ Petra, KILÍKOVÁ Mária	57
OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A JEJÍ OBSAHOVÉ VYMEZENÍ S OHLEDEM NA OBLASTI SEBEPÉČE	
ČEJKOVSKÁ Božena, KOVAŘÍKOVÁ Jana	70
ZMĚNY SYSTÉMU VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V ČESKÉ REPUBLICE PO ROCE 1989	
DIMUNOVÁ Lucia	80
BEZPEČNOST PACIENTA PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	
FUNTOVÁ Veronika	88
POSKYTOVÁNÍ KVALITNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A AGE MANAGEMENT	
HERBAČEKOVÁ Erika, ŠEVČOVIČOVÁ Andrea	98
ZMIERŇOVANIE DÔSLEDKOV KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU U PACIENTA – KAZUISTIKA	
HRINDOVÁ Tatiana	104
KOMPETENCIE SESTRY	

HULKOVÁ Viera, KUBRICZKÁ Beata	111
NEŽIADUCE UDALOSTI V KÚPEĽNOM ZARIADENÍ Z OŠETROVATELSKÉHO ASPEKTU	
JAKLOVÁ Milada, KOVAŘÍKOVÁ Jana	124
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A JEHO DOKUMENTACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	
KILÍKOVÁ Mária	133
HODNOTIACE A MERACIE NÁSTROJE AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE	
KORCOVÁ Soňa	144
VLIV LÁZEŇSKÉ PÉČE NA ZDRAVOTNÍ STAV KLIENTŮ S DIABETES MELLITUS	
LACA Peter	156
DUCHOVNÁ STAROSTLIVOSŤ O CHORÝCH A ZDRAVOTNÍCKA ETIKA ISLAMU	
RAKOVÁ Jana, KOVALOVÁ Mária	171
EDUKÁCIA RÓMSKYCH DETÍ O PROBLEMATIKE FAJČENIA AKO SÚČASŤ KOMUNITNE ORIENTOVAanej STAROSTLIVOSTI	
SIMOČKOVÁ Viera	184
VÝHRADA SVEDOMIA OČAMI ŠTUDENTOV	
SOLGAJOVÁ Andrea, SOLLÁR Tomáš, VÖRÖSOVÁ Gabriela, ZRUBCOVÁ Dana	196
NOVÉ TRENDY VALIDÁCIE MERACÍCH NÁSTROJOV V OŠETROVATEĽSTVE	
ŠEVČOVIČOVÁ Andrea	210
ŽIDOVSKÁ NEMOCNICA V SEREDI POČAS 2. SVETOVEJ VOJNY	
ŠULCOVÁ Petra	216
ZÁJEM KLIENTŮ O EDUKAČNÍ A PREVENTIVNÍ PROGRAMY V LÁZEŇSKÉ PÉČI	
ŠULÁKOVÁ Katarína, TANČÁKOVÁ Alena	227
INFORMAČNÝ SYSTÉM – PODPORA OŠETROVATELSKEJ DOKUMENTÁCIE	
VALKOVÁ Monika	234
VYUŽITIE SWOT ANALÝZY V MANAŽMENTE RIZÍK	
ZAMBORIOVÁ Mária, SIMOČKOVÁ Viera	247
MANAŽMENT RIZÍK RÓMSKEJ KOMUNITY V OŠETROVATEĽSTVE	

PREDHOVOR

Príspevky v recenzovanom vedeckom zborníku Ošetrovatel'stvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť poskytujú širokej odbornej verejnosti výsledky vedeckej činnosti autorov zo Slovenskej a Českej republiky a Poľska a významnou mierou prispievajú k rozvoju poznatkov v oblasti ošetrovatel'stva. Tematicky sú zamerané na kvalitu a zmeny v ošetrovatel'stve, na špecifiká poskytovania multikultúrnej ošetrovatel'skej starostlivosti a kúpeľnej starostlivosti.

Tvorcovia zborníka – zostavovateľka, recenzentky a autori predpokladajú, že v ňom nájdú mnohé užitočné poznatky, rady a skúsenosti nielen zdravotnícki pracovníci z rôznych klinických disciplín, ale aj študenti ošetrovatel'stva. Výber vedeckých prác je výsledkom vedecko-výskumnej činnosti sestier pôsobiacich na akademickej pôde a v klinickej praxi.

Za autorský kolektív

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.

MOŽNOSTI VYUŽITIA SUPERVÍZIE V PODMIENKACH OŠETROVATELSKEJ PRAXE

BACHRATÁ Zuzana, KRISTOVÁ Jarmila

ABSTRAKT

Supervízia z anglického slova „supervision“ znamená dohľad, dozor, vedenie, kontrolu. V oblasti pomáhajúcich profesií môžeme supervíziu chápať aj ako jednu z foriem osobnostného a profesionálneho rozvoja. V zahraničí môžeme sledovať rôzne štúdie súvisiace s implementáciou supervízie. Supervízia v ošetrovateľskej praxi je v podmienkach ošetrovateľstva v Slovenskej republike málo známa a nedostatočne implementovaná. V oblasti sociálnych služieb a ostatných pomáhajúcich profesií je supervízia legislatívne upravená v niekoľkých normách. V odbore ošetrovateľstvo supervízia nie je upravená žiadnym právnym predpisom, pričom by mohla byť využitá ako nástroj rozvoja a podpory sestier, podobne ako u pracovníkov v sociálnej sfére. Jej aplikáciou by bolo možné predpokladať zvýšenie kvality a profesionalizácie ošetrovateľskej praxe.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Supervízia.

ÚVOD

Starostlivosť o zdravie pacienta ako prioritná úloha sestry je neustále diskutovanou problematikou. Starostlivosť o zdravie sestier, zvlášť o ich duševné zdravie a psychickú pohodu zostáva témou iba marginálnou. K profesionálnym zdrojom podpory a pomoci patrí supervízia, ktorej zmyslom je starostlivosť o pracovníka, ktorý vďaka dobrej psychickej pohode a odbornému rastu môže lepšie poskytovať kvalitnú starostlivosť pacientom (Venglářová, 2013, s. 11). Podľa Havrdovej, Hajného a kol. (2008) bol pravdepodobne jedným z prvých supervízorov Samuel Augustus Barnett, britský kňaz (1844 – 1913). Venoval sa sociálnej práci v chudobných štvrtiach. Viedol s oxfordskými študentmi pracovné dialógy, zamerané na pomoc mladšiemu začínajúcemu kolegovi skúsenejším kolegom. Jeklová a Reitmayerová (2007, s. 6) uvádzajú, že pojem supervízia bol prvotne v minulosti spájaný

so psychoanalýzou a neskôr s Bálintovskými skupinami. Historicky najdlhšiu tradíciu má v USA, v SR sa v odbornej literatúre objavuje približne v 60–tych rokoch 20. storočia ako povinná súčasť psychoanalytického výcviku.

DEFINÍCIE SUPERVÍZIE

V súčasnej dobe sa pojem supervízia intenzívnejšie skloňuje v tzv. pomáhajúcich povolaniach, teda aj zdravotníckych, v súvislosti s rozvojom profesijných kompetencií, prevenciou syndrómu vyhorenia, podporou duševného zdravia a podporou pracovných rolí a kolegiálnych vzťahov. Jednotná definícia termínu supervízia neexistuje. Tab. 1 poskytuje orientačný prehľad definícií niektorých autorov v historickej chronológii.

Tab. 1 Prehľad definícií supervízie

Autor, rok	Charakteristika supervízie
Longanbill, 1982 (In Hawkins, Shohet, 2004)	Intenzívny, medziľudsky zameraný vzťah, v ktorom je úlohou jednej osoby uľahčovať rozvoj terapeutickkej kompetencie inej/ých osoby/ôb.
Havrdová, 1999	Slovo bolo pôvodne odvodené z latinského výrazu supervidere (super = nad, videre = vidieť, pozerat'), neskôr z anglického výrazu supervision.
Hartl, Hartlová, 2000	Forma učenia, bezpečný priestor pre reflexiu a efektívnu metódou pre profesijný rozvoj.
Van Ooijen, 2000 (In Brunero, Stein-Parbury, 2008)	Využívanie procesov sebareflexie sestier s cieľom identifikovať a uspokojovať vlastné potreby v rámci profesionálneho rozvoja.
Hansebo, Kihlgren 2004	Zlepšiť spôsob, akým budú sestry vykonávať prácu a tým smerovať ku kvalitnejšej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov.
Bártlová, 2007	Metóda umožňujúca pracovníkovi pochopiť, čo brzdí jeho porozumenie pacientovi a čo ho môže účinne chrániť pre syndrómom vyhorenia.
Franck, Graaff, 2011	Spoločná činnosť kvalifikovaného supervízora a sestier, ktorá si kladie za cieľ nájsť riešenie problémov, zlepšiť postupy a zvýšiť porozumenie v profesijnej oblasti.

Proces zameraný na reflexiu úlohy, činností a aktivít spojených s pracovnou pozíciou, ktorého účastníkom je tím, skupiny pracovníkov alebo jednotlivcov. Starostlivosť o pracovníka, ktorý vďaka dobrej psychickej pohode a odbornému rastu môže poskytovať pacientom kvalitnejšiu starostlivosť.

V intenciách prehľadu definícií týkajúcich sa supervízie možno konštatovať, že napriek ich stylistickej variabilite, majú spoločný atribút, a to, že podporou duševného zdravia a sebareflexie sestier možno prispieť k zlepšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

FUNKCIE SUPERVÍZIE

Kadushin (1976) popísal tri funkcie supervízie:

- vzdelávaciu – rozvoj vedomostí a schopností supervizantov na to, aby sa stali čo najlepšími pracovníkmi v svojom odbore; táto funkcia sa uskutočňuje prostredníctvom reflexie a rozboru vlastnej práce,
- podpornú – emočná podpora a sprevádzanie v náročných pracovných situáciách, pri prekonávaní prekážok, zvládání pracovného stresu a prevencii syndrómu vyhorenia,
- riadiacu – kontrolný aspekt, ktorý súvisí s usmerňovaním práce želaným smerom, s upozorňovaním na nedostatky.

V neskoršom období autori uvádzajú v rámci tejto riešenej problematiky identické alebo podobné funkcie supervízie, pričom názvy funkcií môžu mať do istej miery odlišný názov, avšak obsahovo sú rovnaké. Napr. v roku 1986 Proctor (In Brunero, Stein-Parbury, 2008) uviedla 3 funkcie supervízie: formatívnu (vzdelávaciu), normatívnu (umožňuje dohľad nad vzťahmi a starostlivosťou sestier o pacientov) a regeneračnú (prínos pre kolegov prostredníctvom vzájomného hodnotenia a spätnej väzby, podporovať motiváciu a odhodlanie zotrvať v povolání). Schavel a Tomka (2010, s. 38) pomenovali funkcie nasledovne: riadiaca, vzdelávacia a podporná.

DRUHY SUPERVÍZIE

Hawkins, Shohet (2004, s. 62) medzi hlavné druhy supervízie zaraďujú :

- výučbovú supervíziu, v ktorej supervízor zastáva úlohu učiteľa, má vzdelávaciu funkciu, pomáha supervidovaným rozoberať ich prácu s klientmi,
- výcvikovú supervíziu zameranú na vzdelávaciu funkciu; supervidovaný je vo výcvikovej role študenta; supervízor nesie zodpovednosť za prácu s klientmi a preto preberá riadiacu funkciu,
- manažérsku (riadiacu) supervíziu, ktorá sa využíva tam, kde je supervízor súčasne nadriadeným pre supervidovaných. Je zodpovedný za prácu s klientami, ale je aj priamo v nadriadenej pozícii,
- poradenskú supervíziu – supervidovaný je zodpovedný za prácu, ktorú s klientom vykonáva; so supervízorom, ktorý nie je ich učiteľ ani manažér, konzultujú otázky, ktoré chcú rozoberať; tento druh supervízie je určený pre skúsených a kvalifikovaných supervízorov.

ETIKA V SUPERVÍZII

Etické princípy majú svoj pôvod vo filozofii, ktorá sa zaoberá otázkami o podstate a konaní morálneho morálneho dobra, resp. zla. Základné ciele a hodnoty ošetrovateľského povolania vyjadruje etický kódex sestry. Jeho obsahom sú princípy, ktoré by mali byť dodržiavané aj pri realizácii supervízie. Ross (In Schavel, 2010) už v roku 1930 stanovil pre rôzne oblasti služieb vrátane supervízie, niekoľko základných princípov, ktoré pri práci s klientom odporúča dodržiavať:

- vernosť – dodržať sľuby,
- možnosť nápravy – napraviť vlastné chyby alebo nesprávne jednanie,
- vďačnosť,
- altruizmus – pracovať v prospech druhých,
- sebazlepšit' – snaha neustále na sebe pracovať,
- neublížiť – neohrozovať iných.

Supervízor má množstvo úloh a zodpovednosť za vedenie supervidovaných, aby im pomáhal k profesionálnemu rastu, naučil ich využívať terapeutické zručnosti, predchádzať syndrómu vyhorenia, dodržiavať etické princípy a pritom stále mať za najdôležitejší cieľ blaho pacienta (Praško a kol., 2011).

DÔVODY A OBLASTI APLIKÁCIE SUPERVÍZIE DO OŠETROVATEĽSKEJ PRAXE

Práca sestry je náročná fyzicky, ale aj psychicky. Z tohto dôvodu môže byť realizácia supervíznych stretnutí interpretovaná ako nástroj na zvládanie emócií súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti t.j nástroj podpory duševného zdravia. Supervízia podľa Vaňkovej a Staskovej (2010) vytvára priestor na vyjadrenie spontánnosti, nadšenia, ale aj potlačovaných astenických citov, ktoré sú udržiavané v rámci profesionality pod kontrolou (zlosť, frustrácia, bezmocnosť, hanba, obavy zo zlyhania). V tab. 2 uvádzame dôvody a oblasti aplikácie supervízie do ošetrovateľskej praxe.

Tab. 2 Dôvody a oblasti aplikácie supervízie do ošetrovateľskej praxe

Dôvody	Oblasti supervízie
<ul style="list-style-type: none"> • pomoc pri zvládaní citov viny a bezmocnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • syndróm vyhorenia • sociálna a psychologická podpora
<ul style="list-style-type: none"> • možnosť spoločne hovoriť o ďalšom postupe ošetrovateľskej starostlivosti, nápadoch na riešenie problémov 	<ul style="list-style-type: none"> • interakcia • komunikácia • pracovné konflikty
<ul style="list-style-type: none"> • profesijná identita • profesijná zodpovednosť • profesijná solidarita • potvrdenie profesijných rolí 	<ul style="list-style-type: none"> • reflexia subjektívnych citov a vlastnej práce • zmysel pre pracovný tím • coping
<ul style="list-style-type: none"> • možnosť profesijného rastu 	<ul style="list-style-type: none"> • osobný rozvoj
<ul style="list-style-type: none"> • získavanie nových vedomostí • rozvoj zručností • kritické a klinické myslenie 	<ul style="list-style-type: none"> • učenie

(zdroj - autorky)

Supevizia nie je manažovanie ošetrovateľských činností, ani psychoterapia, ale môže byť využitá pri udržiavaní a obnove kolegiálnych vzťahov, podpore pri zavádzaní nových postupov, pomoci pri zvládaní citov viny, bezmocnosti, poradenstve, možnosti profesionálneho rastu, posilnení profesionality, povzbudenia a učenia (Venglářová, 2013, s. 16).

Frekvencia supervízie

Odborná literatúra odporúča pravidelné supervízne stretnutia, s účasťou sestier na 1 hodine supervízie každých 6 -8 týždňov. Za štandardné minimum frekvencie supervízie sa považuje supervízne stretnutie raz za 6 mesiacov (Freeman, 2005, s. 14).

Výskumy supervízie

V súčasnosti môžeme sledovať výsledky výskumov v krajinách, kde je supervizia implementovaná napr. Austrália, Veľká Británia, Portugalsko, Litva. Štúdie sa začali realizovať približne od 90. rokov 20. storočia. V tabuľke 3 uvádzame vybrané príklady štúdií a ich zameranie realizovaných v zahraničí. Zároveň štúdie zdôrazňujú potrebu ďalšieho skúmania, rozvoja a implementácie supervíznych stretnutí v odbore ošetrovateľstvo.

Tab. 3 Výsledky výskumov

Autor, rok	Druh štúdie	respondentský súbor	Zameranie štúdie
Circenis et al. Litva, 2015	komparatívna	n = 60 sestier = 2 skupiny (n = 30 supervidovan., 30 = nesupervidovan.)	prevencia syndrómu vyhorenia
Pinto de Abreu – Marrow Veľká Británia – Portugalsko, 2012	komparatívna	supervizia pre sestry: áno: n = 14 (23) sestier z Portugalska; n = 4 (22) sestier z Veľkej Británie	implementácia supervíznych stretnutí
Häggström et al., Švédsko, 2009	komparatívna interview rovnakej skupiny sestier pred a po 9 mesiacoch realizácie supervízie	n = 14 sestier, 1 supervízna skupina	zlepšenie pracovných vzťahov prostredníctv. princípov: od spolupráce k porozumeniu, od ticha k rozprávaniu nahlas
Hyrkäs et al. Turecko, 2005	exploratívna	n = 32 sestier – manažérok	pracovná klíma, empatia, sebarozvoj
De Graff – Francke, Holandsko, 2005	komparatívna dotazník – Maastricht work satisfaction scale	n = 59 členov ošetrovateľského personálu = 6 tímov	rozvoj komunikácie a pochopenie imigrujúcich pacientov
Arvidsson et al., Švédsko, 2001	formatívna a restoratívna interview so sestrami (2 roky po implementácii supervízie)	n = 10 sestier pracujúcich na psychiatrii	reflexia v ošetrovateľ. starostlivosti (skup. diskusia, využitie kazuistik, podporných

Edberg – Hallberg, Švajčiarsko, 2001	komparatívna interview	n = 39 sestier (n = 19 v exploratívna sk. n = 20 kontrolná sk.)	metód) výskyt náročných situácií s pacientami
Hansebo – Kihlgren Švédsko, 2000	komparatívna meranie pred supervíziou a po jednom roku od začatia	n = 7 sestier 23 zdravotníckych asistentov	analýza životných príbehov pacientov, prosociálne správanie
Hart et al. Austrália, 2000	komparatívna	n = 95 sestier = 6 nemocníc	kritické myslenie, empatia

(Circenis et al., 2015; Francke, Graaff, 2012)

ZÁVER

Benefity supervízie sú evidentné. Vzdelané sestry sú vzácnym zdrojom, preto by mali byť implementované stratégie, nielen na ich prijímanie ale i udržanie v ošetrovateľskej praxi v duševnom zdraví. Supervízia je jednou z týchto stratégií, ktorá ako uvádza Čech (2009, s.152) môže poskytovať podporu a bezpečie, upevňovať profesionálne sebavedomie, rozširovať poznanie, dávať možnosť zorientovania sa, môže ukázať smer, stanoviť štruktúru, pomôcť zvládať pochybnosti a neistoty, môže ponúknuť techniky a intervencie, taktiež umožniť kontrolu, ale aj otvoriť priestor pre kreativitu.

Na záver uvádzame odporúčania pre ošetrovateľskú prax v našich podmienkach:

- vyzvať manažérov zdravotníckych zariadení k prevzatiu spoluúčasti a k podpore implementácie supervízie do ošetrovateľskej praxe,
- motivovať sestry začať so supervíziou,
- zaradiť problematiku supervízie do vzdelávania sestier,
- implementovať metódu supervízie do ošetrovateľskej praxe ako metódu profesionálnej podpory a ochrany duševného zdravia sestier.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BÁRTLOVÁ, E., 2007. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem : Fakulta sociálně ekonomická. ISBN 978-80-7044-952-3.
- BRUNERO, S., STEIN-PARBURY, J. 2008. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian journal of advanced nursing*. [online]. 2008, 25(3), 86–94 [cit. 22.02. 2017]. ISSN 1803-5272. Dostupné z : http://www.ajan.com.au/vol25/ajan_25-3_brunero.pdf.
- CIRCENIS, K. et al. 2015. Supervision in Nursing: Latvian sample study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. [online]. Elsevier, 2015, 205, 86-91 [cit. 20.03. 2017]. ISSN 1877-0428. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815050417>.
- ČECH, B. 2009. Supervízia – „palička pomocníčka“. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. [online]. 2009, 16(3): 152-154 [cit. 15.03. 2017]. ISSN 1338-7030. Dostupné z : <http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/kontakt.html>.
- FRANCKE, A.L., GRAAFF, F.M. 2012. The effects of group supervision of nurses: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. [online]. 2012, 49(9), 1165-1179 [cit. 08.02. 2017]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <http://postprint.nivel.nl/PPpp4154.pdf?>.
- FREEMAN, C. 2005. *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. [online]. 2005. [cit. 21.03.2017]. Dostupné z: [http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20\(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20%20UK%202005\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20%20UK%202005).pdf)
- HANSEBO, G., KIHILGREN, M. 2004. Nursing home care: changes after supervision. *Journal of Advanced Nursing*. [online]. 2004, 45 (3), 269–279 [cit. 22.02. 2017]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.13652648.2003.02888.x/full> .
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. 1. vyd. Praha : Osmium. 167 s. ISBN 80-902081-8-5.

- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. a kol., 2008. *Praktická supervize*. 1. vyd. Praha : Galén. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha : Portál. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., 2007. *Interní supervize*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí. s.6. ISBN 978- 80- 86991- 06- 1.
- KADUSHIN, A. 1976. *Supervision in Social Work*. New York : Columbia University Press. 486s. ISBN 0-23103-657-4.
- PRAŠKO, J. et al. 2011. Kompetence v kognitivně behaviorální terapii a supervizi. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. Solen, 2011, 12(4): 169–174 [cit. 20.03. 2017]. ISSN 1803-5272. Dostupné z : http://www.solen.cz/artkey/psy-2011040010_Kompetence_v_kognitivne_behavioralni_terapii_a_supervizi.php
- SCHAVEL, M., TOMKA, M. 2010. *Základy supervízie a supervízia v praktickej výučbe v sociálnej práci*. 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce s. Alžbety. 193 s. ISBN 978-80-89271-87-0.
- VAŇKOVÁ, M., STASKOVÁ, V. 2010. Rozvoj emočních dovedností sester v supervizi. *Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální práce*. Praha: Evropské vzdělávací centrum. s. 434–439. ISBN 978-80-87386-10-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

Kontaktná adresa autoriek:

PhDr. Zuzana Bachratá; doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD., MPH
FOaZOŠ SZU
Limbová 14
833 03 Bratislava

PROBLEMATIKA CHIRURGICKÉHO KOUŘE

BARTONÍČKOVÁ Iva, TOUŠOVÁ Veronika

ABSTRAKT

Kvalita perioperační péče závisí na dodržování všech zásad a opatření v aseptickém prostředí. Hlavním kritériem perioperační péče je zajistit bezpečnost pacienta a celého operačního personálu. Kvalitu perioperačního ošetřovatelství můžeme zajistit jen na základě přijímání nových poznatků z perioperační péče, informovanosti z odborných studií, a samozřejmě na základě dalšího vzdělávání a rozvoje perioperačních sester. Jedním z problémů perioperačního ošetřovatelství v současnosti je problematika chirurgického kouře, na který upozorňuje i Evropská asociace perioperačních sester (dále jen „EORNA“). Chirurgický kouř vzniká jako vedlejší produkt elektrokauterizace, obsahující až 80 toxických chemických látek, které jsou toxické a karcinogenní. Z odborných studií vyplynulo následující zjištění: „Koagulace 1 gramu tkáně se rovná kouři z 6 cigaret.“ Bezpečný chirurgický kouř neexistuje. Ve vyspělých zemích se zplodinami chirurgického kouře zabývají cca 35 let, takže se nejedná o novou problematiku v perioperační péči. K jeho eliminaci používají odsávací systémy. U nás problematika chirurgického kouře není příliš známá. Pokud chceme pracovat v dobrém pracovním prostředí a poskytnout zdravé prostředí i operovanému pacientovi, pak bychom měli využít všechny ověřené kvalitní dostupné pracovní prostředky na zabránění eliminaci dalšího pracovního rizika, chirurgického kouře.

Klíčová slova: Elektrokauterizace. Chirurgický kouř. Odsávací systémy. Perioperační péče.

ÚVOD

Bezpečnost pacienta je jedním z hlavních kritérií perioperačního ošetřovatelství. V rámci perioperační péče je nezbytností dodržovat všechny zásady a opatření k eliminaci všech rizik týkající se perioperačních a následných pooperačních komplikací. Zásadou perioperačního ošetřovatelství je zejména prevence a připravenost operačního týmu na možné komplikace.

WHO na základě odborných studií a analýz stanovila 10 opatření pro perioperační ošetřovatelství, která zajišťují bezpečnost chirurgických výkonů.

Zásady perioperační péče:

- kontrola identifikace a strany operačního výkonu u pacienta,
- bezpečná anestezie a prevence bolesti,
- připravenost týmu na možné komplikace dýchacích cest, krevních ztrát, alergické reakce,
- snížení rizika infekce v místě operačního výkonu,
- potvrzení souhlasu operačních nástrojů, operačních roušek, sušení aj.,
- bezpečné a řádné označení biologického materiálu,
- efektivní komunikace operačního týmu v rámci bezpečnosti chirurgického výkonu,
- systematická kontrola výsledků chirurgické péče.

Zásady perioperační péče sjednotila pracovní skupina WHO do Chirurgického kontrolního listu (Surgical Safety Checklist), který zabezpečuje kontrolu nad kritickými momenty každého operačního výkonu (Wichsová, 2013). I ČR používá Checklist k eliminaci pooperačních komplikací.

Jedním z problémů perioperačního ošetřovatelství v současnosti, na který upozorňuje EORNA, je problematika chirurgického kouře. EORNA pro rok 2017 vybrala téma: „Sleduj chirurgický kouř – zajisti bezpečnost“. Chirurg v rámci operačního výkonu používá elektrokauter k řezu a hemostáze tkání. Vedlejším produktem elektrokauterizace je chirurgický kouř, obsahující toxické a karcinogenní zplodiny. Elektrokauterizace je součástí a zároveň nezbytností každého operačního výkonu, využívá vysokofrekvenční elektrický proud, jedná se o léčebnou chirurgickou metodu.

Letošní VI. kongres perioperačních sester, který se bude konat 2.6. - 3.6.2017 v Olomouci, jehož mottem je: „Myslíme na sebe i na pacienta“, se bude zabývat bezpečností a ochranou zdraví na operačním sále a snad i problematikou chirurgického kouře (EORNA – perioperační sestry v ČR).

HISTORIE I SOUČASNOST ELEKTROKAUTERIZACE

Pro zajímavost, z dochovaných egyptských papyrů bylo zjištěno, že již Egypťané okolo roku 3000 př. n. l. využívali teplo k ošetřování ran. Hippokrates i Al-Zahráwí navázali na poznatky starověkých Egypťanů a pokoušeli se zastavit krvácení různými rozžhavenými kovovými předměty, např. žehličkami. Až v roce 1750 nastal zlom v důsledku využití elektrické energie v rámci elektrochirurgie (R. Skála, 2016).

Na počátku minulého století, jak uvádí Wichsová (2016), v roce 1920 byla odborné veřejnosti představena první elektrochirurgická jednotka, dílo vynálezců Williama T. Bovieho a Harvey W. Cushinga. Dnes mají její následovnice uplatnění ve všech oborech operativy.

Skála (2016) uvádí, že elektrokauterizace nebyla v 70. – 80. letech minulého století zcela celosvětově rozšířená. Lékaři ji považovali spíše za nebezpečnou, přece jen se jednalo o metodu využívající elektrické napětí, proto se využívala velmi sporadicky. Obávali se možného nebezpečného vysokého napětí a jeho používání na operačních sálech. Musíme konstatovat fakt, že první operace s využitím elektrokauterizace se realizovala v roce 1926 a zároveň musíme upozornit i na skutečnost, že není do současnosti známý žádný případ, kdy by použitý elektrochirurgický generátor v rámci operačního výkonu způsobil úraz či smrt pacienta nebo poranění operační skupiny. Faktem je, že k určitým potížím docházelo, např. při špatném zapojení elektrokauteru nebo když se pacient dotýkal kovového operačního stolu, mohlo to mít za následek vážné popálení operovaného pacienta. Výzkum v tomto oboru pokračoval, došlo k rozvoji bipolární elektrokoagulace a vědci H. Frengheim a J. D. Rioux v 70. letech minulého století vytvořili tzv. „elektrochirurgické pero“, elektroda byla uložena v pevném pouzdru, a tím zabraňovala popálení okolních tkání. Zmiňovaná elektroda se bez větších změn používá do dnes.

V 80. – 90. letech minulého století začaly vznikat studie a odborné články týkající se problematiky chirurgického kouře poukazující na jeho rizika a nebezpečí.

První studie o elektrochirurgických zplodinách vyšla v roce 1981. Týkala se škodlivosti CO₂ v rámci laserových operací. Začaly vznikat další odborné studie, které pokračují do dnes. Na základě studií z let 1988 až 1993 bylo vydáno upozornění na nebezpečí kouře z elektrochirurgie a světové organizace AORN, ANSI, ACORN, OSHA, ORNAC, IFPN, NIOSH, AFPP a BOHS zareagovaly a upozornily na nutnost chránit všechny pracovníky

přítomné na operačních sálech, včetně pacienta. Na konci 90. let minulého století se začaly vyrábět odsávací systémy chirurgických zplodin, tzv.: „Smoke Evacuation Systems“, které začaly využívat tyto státy: Kanada, USA, Austrálie, západní Evropa, JAR, Japonsko (R. Skála, 2016).

V roce 1996 vznikl článek „Nebuďme oběťmi chirurgického kouře!“, který doporučuje odsávání a filtraci chirurgického kouře. A EORNA začlenila v roce 2003 chirurgický kouř mezi zdravotní rizika pro pracovníky v perioperační péči (Wichsová, 2016). EORNA vznikla v roce 1992, sdružuje 28 asociací z 27 zemí. Česká republika je členem od 90. let. K hlavním činnostem této profesní organizace je usilování o vysokou úroveň perioperační péče v členských zemích, sjednocování vzdělávání a kompetencí perioperačních sester v Evropě, vytváří standardy a doporučení pro zvyšování kvality perioperační péče. A jak již bylo řečeno, není zdaleka jedinou organizací, která se tímto rizikem zabývá.

Výsledky výzkumu odborníků z roku 2004, Hollmana a kol., kteří se zabývali problematikou chirurgického kouře, jsou až zarážející. Bylo zjištěno, že v chirurgickém kouři je „obsah částic, které dráždí oči, sliznice, plíce a CNS 12x vyšší, než je doporučený limit“. D. S. Hill a kolektiv (2012) přirovnává dávku vdechovaných mutagenů jednou směnou na operačním sále, k vykouření 27–30 cigaret. Přepočtu na cigarety využívá i Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, která uvádí: „Koagulace 1 gramu tkáně se rovná kouři z 6 cigaret.“

I perioperační sestra Mgr. Jana Wichsová, PhD., se zabývá danou problematikou. Zúčastnila se odborné stáže na operačních sálech ve Stockholmu Karolínské Univerzity, kde zjistila, že žádný z operačních výkonů se nerealizuje bez použité speciální odsávačky na tzv. chirurgický kouř, který je vedlejším produktem použité elektrokoagulace. Zároveň zjistila, že skandinávské země standardně odsávají chirurgický kouř z operační rány a používají speciální odsávání. Jedním z důvodů proč skandinávské země používají odsávání chirurgického kouře, bylo i onemocnění jedné perioperační sestry na karcinom hrtanu (Wichsová, 2016). Příčinou daného onemocnění mohl být i vdechovaný chirurgický kouř následkem používané elektrokoagulace v rámci operačního výkonu.

Mgr. Jana Wichsová, PhD., absolventka 2. LF UK 2007, všeobecná sestra, která mimo jiné vyučuje ošetřovatelství na katedře zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Je také konzultantkou a auditorkou České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví.

V současnosti je členkou mezinárodního výboru perioperačních sester EORNA, kde od 2. září 2015 zastává funkci víceprezidentky. Stalo se v historii vůbec poprvé, že byla navržena a zvolena představitelka z postkomunistických zemí. Je autorkou řady článků a přednášek týkajících se perioperační péče. Je iniciátorkou problému chirurgických zplodin v rámci elektrochirurgie v ČR, i ona vyzývá v rámci bezpečnosti práce k eliminaci všech rizikových faktorů na operačních sálech, včetně chirurgického kouře.

ELEKTROKAUTERIZACE JAKO RIZIKO CHIRURGICKÉHO KOUŘE

Elektrokauterizace je metoda, která nám usnadňuje incizi a koagulaci tkání, je přínosem pro chirurgické obory i pro perioperační ošetřovatelství. V rámci koagulace tkání používáme koagulaci monopolární či bipolární. U bipolární koagulace používáme speciální bipolární pinzetu a koagulace probíhá mezi jejími hroty, které slouží jako elektrody. Výhodou bipolární koagulace je její možnost ji využívat i u pacientů s kardiostimulátorem. Obecně monopolární koagulaci nemůžeme používat u pacientů, kteří mají implantované elektrické přístroje, ani u pacientů s kardiostimulátorem, z důvodu procházejícího elektrického proudu mezi aktivní elektrodou (elektrokauter) a neutrální elektrodou (destičkou pacienta) všemi tkáněmi těla.

Elektrokauter je pracovní nástroj, na jehož hrotu (nožik, jehlička) je největší intenzita vysokofrekvenčního elektrického proudu, v momentě kontaktu hrotu s tkání dochází k řezu nebo ke koagulaci tkání (Krška, 2011). Okruh elektrického proudu uzavírá neutrální elektroda (destička), která se nalepí podle velikosti pacienta na kožní povrch pacienta.

U neutrální elektrody platí několik bezpečnostních pravidel:

- neutrální elektrodu nalepíme vždy co nejbliže k operované incizi,
- neutrální elektrodu nalepíme na stejnou stranu operačního výkonu, aby nedošlo ke křížení elektrického proudu přes srdeční sval,
- nesmí zatékat alkoholový dezinfekční roztok pod neutrální elektrodu a kožní povrch pacienta, protože hrozí nebezpečí popálení operovaného pacienta, z důvodu vznícení alkoholových par elektrickou jiskrou,
- nelepíme neutrální elektrodu na ochlupenou plochu či jizvu,
- neutrální elektrodu nelepíme ani na silnou vrstvu podkožního tuku (hýždě, břicho),

- pacient se nesmí dotýkat kovového operačního stolu, hrozí vážné popálení operovaného pacienta,



- velikost neutrální elektrody musíme vybírat i podle věku dítěte (Wichsová, 2013).

Perioperační sestra zaznamenává do perioperační dokumentace Checklistu použití elektrokauteru a místo nalepení neutrální elektrody v rámci bezpečnosti perioperační péče.

Elektrokauterizace je metoda, která je oblíbená pro svou rychlost i bezpečnost, jejím vedlejším produktem je však operační chirurgický kouř, který je toxický a karcinogenní. Málokdo věnoval pozornost existenci zplodin a nepříjemnému zápachu přes cca 35 let, kouř nebyl považován za nebezpečný. Ve svém příspěvku Wichsová dokonce uvádí:

„V odborném tisku se pak v roce 1975 objevil článek, který označil částičky chirurgického kouře za dostatečně malé, aby mohly být vdechovány, a tudíž za zdraví nebezpečné“ (Wichsová, 2016).

Bezpečný kouř neexistuje. Wichsová (2016) upozorňuje na prokázaná fakta týkající se chirurgického kouře. Chirurgický kouř je z 95% tvořen vodou, která usnadňuje přenos bakterií a virů. Existují důkazy o přenosu viru HIV a HPV chirurgickým kouřem. Obsahuje až 80 toxických chemických látek. Je to například kyanovodík, toluen a další karcinogeny, jako jsou benzen, formaldehyd, etylbenzen a oxid uhelnatý.

V 80. – 90. letech 20. století byly v operačním kouři identifikovány tyto chemické látky a sloučeniny, viz. tabulka č. 1.

Tabulka 1: Chemické látky a sloučeniny obsažené v chirurgickém kouři

Acrolein	Metan	Butadien	Ethan	Isobuten	Undekan
Acetonitril	6-Methyl indol	Buten	Ethyl benzen	Propen	Xylény
Acetylén	2-Methyl propanol	3-Buten nitril	Ethylen	Propylen	2,3-Dihydro inden
Alkyl benzeny	3-Methyl butenal	Carbon disulfid	Formaldehydy	2-propylen nitril	Indol
Benzaldehyd	2-Methyl furan	Oxid uhelnatý	Furfural	Pyridin	Toluen
Benzen	Fenoly	Creosoly	Cetan	Pyroly	
Benzonitril	Poly aromatické uhlovodíky	1-Decen	Hydrogen kyanid	Styrény	

Zdroj: R. Skála, Skala Medical Technology, Elektrochirurgie, 2016

Zjistilo se, že chirurgický kouř dráždí dýchací cesty a představuje zvýšené riziko tumorů dýchacích cest, má i prokázaný vliv na vznik zánětlivých změn. Vdechování chirurgického kouře může způsobit hypoxii, závratě, nauzeu, zvracení a kýchání. Může negativně ovlivňovat koncentraci operačního týmu, pokud dojde k podráždění kůže, očí, vyvolávající slzení. Stává se rizikem pro všechny pracovníky na operačním sále i pro samotného pacienta.

Zplodinám z chirurgického kouře jsou vystavováni všichni pracovníci operačního týmu i samotný operovaný pacient. Musíme si uvědomit, že tkáň pacienta je velmi silně prokrvena, tudíž náchylná k přenosu jakýchkoliv chemických látek a sloučenin. V roce 1981 vyšla první studie o elektrochirurgických zplodinách, která se týkala škodlivosti CO₂ v rámci laserových operací (Skála, 2016).

SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ

V České republice se v současnosti nepovažuje chirurgický kouř za pracovní riziko, nesleduje se koncentrace, obsah ani odsávání chirurgického kouře v rámci bezpečnosti práce a následného zvyšování kvality perioperační péče.

Odsávání chirurgického kouře v ČR je spíše raritou, toto tvrzení bylo potvrzeno na 5. kongresu perioperačních sester na sklonku roku 2016, který se konal v Plzni. Jedna z odborných přednášek byla věnována riziku práce na operačních sálech, přesto se daná přednáška nezabývala chirurgickým kouřem jako pracovním rizikem operačních sálů.

Z mé pracovní zkušenosti mohu sdělit, že chirurgický kouř se po celou dobu mé odborné praxe - cca 20 let na operačních sálech, nikdo nezabýval. Řekla bych, že byl a je všemi přítomnými pracovníky na operačních sálech považován spíše za obtěžující, nepříjemný, nikoliv za nebezpečný, natož aby byl považován za pracovní riziko operačních sálů. Možná o to závažnější je dopad jeho působení na zdraví personálu operačních sálů a na samotného pacienta. Zplodiny z elektrokauterizace se maximálně odsávají chirurgickou odsávačkou, která je určena k odsávání tělních tekutin a ne vždy se používá. Otázkou je, proč nevyužíváme známé dostupné přístroje, které používají ve vyspělých zemích? Záleží nám na bezpečnosti práce, kvalitě poskytované perioperační péče? Chceme pracovat v dobrém pracovní prostředí a poskytnout zdravé prostředí i operovanému pacientovi? Pak bychom měli využít všechny zmiňované ověřené kvalitní pracovní prostředky na zabránění eliminaci dalšího pracovního rizika, chirurgického kouře.

Důvodem, proč se tak neděje, je možná neinformovanost, nevzdělanost nebo cena odsávacích přístrojů. *„Pořizovací ceny jednotek jsou velmi rozdílné a pohybují se od cca 40 000 Kč až do 170 000 Kč. Zařízení přitom pracuje na velmi jednoduchém principu a vysoké částky jsou povětšinou důsledkem 300 – 600% marží obchodníků. Obrovské zisky obchodníků jsou i hlavním důvodem, proč až dosud nedošlo k plošnému zavedení těchto systémů do operačního prostředí. Obecně platí, že všechny jednotky plní svůj účel, a tím je odvod operačních zplodin“* (R. Skála, 2016, s. 29). Elektrochirurgická pera s odsáváním je možné pořídit za cca 500 – 800,- Kč.

Pro zajímavost, i anestezie začala používat k odsávání anestetických plynů odsávací systémy, které zabraňují kontaminaci ovzduší na operačním sále inhalačními anestetiky.

A polootevřený dýchací systém byl nahrazen polouzavřeným dýchacím systémem, který je součástí odsávacího systému dýchacích plynů (Wichsová, 2016).

OCHRANNÉ POMŮCKY A PŘÍSTROJE

Chirurgický kouř existuje. Jak se tedy můžeme před jeho působením účinně bránit?

K využívaným možnostem ochrany před chirurgickým kouřem patří jednoznačně používání osobních ochranných pracovních pomůcek: čepice, ochranné brýle, štíty, rukavice, ústenky, respirátory, které jsou na operačním sále nutné i v rámci dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, včetně školení pracovníků v zásadách bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Je nutné vzít v úvahu, že běžné ústenky propustí částice menší než 5 μm a respirátory 0,3–0,1 μm . Již bylo řečeno, že chirurgický kouř tvoří převážně (z 95%) voda, která usnadňuje přenos infekčních agens. Částice virů jsou menší než 0,1 μm , takže před virovými infekcemi ústenka ani respirátor nechrání. Jinou, efektivnější možností ochrany je odsávání a následná filtrace chirurgického kouře. Nejlepší možností je odsávání kouře pomocí odsávacích přístrojů, ideálně napojených přes speciální koncovku přímo na elektrokoauter. Toto řešení je ekonomicky náročné, proto i pro mnoho pracovišť nedostupné. Jistě dostupnější metodou je možnost odsávání kouře pomocí centrálního odtahu, zejména pokud je již na operačním sále k dispozici. I v takovém případě je zapotřebí speciální koncovka, která se připojí k elektrokoagulačnímu nástroji. Její cena je také vysoká. (Wichsová, 2016).

Moderní odsávací přístroj



Nepraktický zastaralý odsávací přístroj chirurgického kouře



Zdroj: R. Skála, Skala Medical Technology, Elektrochirurgie, 2016

ZÁVĚR

Jedním z faktorů operačních rizik, působící na operačních sálech, je chirurgický kouř. Jeho problematika není u nás příliš známá. Možná o to závažnější je dopad jeho působení na zdraví personálu operačních sálů a na samotného pacienta.

Bezpečný chirurgický kouř neexistuje. Pokud chceme pracovat v dobrém pracovním prostředí a poskytnout zdravé prostředí i operovanému pacientovi, pak bychom měli využít všechny dostupné ověřené kvalitní pracovní prostředky na zabránění eliminaci dalšího pracovního rizika, chirurgického kouře.

I přesto, že elektrochirurgické generátory existují desítky let a o problematice chirurgického kouře se mluví cca 35 let, nebyla vytvořena žádná odborná studie zabývající se dopadem zplodin z chirurgického kouře na operační personál. Možná i proto, že vyspělé země používají přístroje k eliminaci chirurgického kouře a studie o dopadu chirurgického kouře na personál jim přijde nákladná i zbytečná.

Možná stojí za zamyšlení, vyzvat manažery nemocnic a sálů, aby zareagovali na danou problematiku na základě analýz, výsledků výzkumu a odborných studií v preferování bezpečného odsávání chirurgického kouře, jako ve vyspělých zemích. Vše z důvodu bezpečnosti práce na operačním sále, což je hlavním kritériem perioperačního ošetřovatelství.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

EORNA – Perioperační sestry. 2017. [online]. 2017.[citované 20.02.2017]. Dostupné z internetu: http://www.perioperacni-sestry.cz/vzdelavani/eorna_

KRŠKA, Z. 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.

SKÁLA R. 2016. Elektrochirurgie. Vliv karcinogenních toxických zplodin působících na operační personál a pacienta [online]. 2016. [citované 18.02.2017]. Dostupné z internetu: <http://www.skala.cz>.

WICHSOVÁ, J. 2016. Chirurgický kouř. [online]. 2016.[citované 10.02.2017]. Dostupné z internetu: http://www.perioperacni-sestry.cz...jana-wichsova-ph.d._chirurgicky-kour.pdf.

WICHSOVÁ, J. 2016. Zdravotnictví a medicína. [online]. 2016, č. 10. [citované 10.02.2017]. Dostupné z internetu: <http://www.zdravi.euro.cz/clanek/mlada.../chirurgicky-kour-a-ochrana-pred-nim-483196>.

WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R., BITTNEROVÁ, R. 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. Vydání. Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

Kontakt na autorku:

Mgr. Iva Bartoníčková

FN Motol, COS děti

150 00 Praha 5

Česká republika

e-mail: ivabartonickova@seznam.cz

Kontakt na spoluautorku:

Mgr. Veronika Toušová

TT – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE s.r.o.

266 01 Beroun

Česká republika

email: vtousova@wo.cz

INFLUENCE OF SMOKING TOBACCO ON THE HEALTH OF YOUNG CHILDREN

WPLYW PALENIA TYTONIU NA ZDROWIE DZIECI MŁODSZYCH

BEDNAREK Anna, BODAJKO-GROCHOWSKA Anna, ZARZYCKA Danuta,
RAKOVÁ Jana, DIMUNOVÁ Lucia

SUMMARY

Introduction: The risks of active and passive smoking apply to each age group. Particularly adverse health effects of smoking are feeling the youngest children. Exposure of children to tobacco smoke leads to various respiratory diseases, neurobehavioral disorders and cardiovascular disease in adulthood.

Aim: To evaluate the effect of smoking on the health of young children.

Material and Methods: The study was conducted in 2016 among 152 parents of children aged 1 month to 4 years, the University Children's Hospital in Lublin. The study method was used diagnostic survey, a research tool was the original questionnaire. Statistical studies were carried out on the basis of computer software STATISTICA 10.0 (StatSoft, Poland).

Results: Parents of children (84.21%) are most likely aware that smoking in their presence adversely affects health, so most do not smoke in front of children (90.91%). It was found that pneumonia (66.67%, $p = 0.009$) and sleep disorders (21.82%; $p = 0.009$) were more frequent in children whose parents smoke in their presence. Abnormal appetite, nausea and vomiting also found slightly more often among children of parents smokers, but these differences were not statistically significant ($p > 0.05$). The respondents with secondary education (57.45%) and professional (57.14%) significantly more likely to smoke cigarettes than parents with higher education (11.43%; $p > 0.00001$). Also, more respondents living in rural areas were smokers (41.27%) compared to respondents from the city (32.58%, $p = 0.27$). In addition, significantly more men smoked cigarettes (62.90%) than women (17.78%, $p < 0.00001$).

Conclusions: 1. The vast majority of parents are aware of the health effects of exposure of children to tobacco smoke. 2. Parents usually do not burn tobacco in the presence of children and protect them from passive exposure to tobacco smoke, avoiding being with them surrounded by smokers. 3. Children of parents who smoke significantly more frequent

pneumonia and sleep disorders. 4. Addiction smoking by parents of younger children has a significant relationship with their gender and education. Men more likely to smoke and those with lower education.

Key words: Smoking. Parents. Young children.

STRESZCZENIE

Wstęp: Zagrożenia związane z aktywnym i biernym paleniem tytoniu dotyczą każdej grupy wieku. Szczególnie niekorzystnie dla zdrowia skutki palenia tytoniu odczuwają najmłodsze dzieci. Narażenie dzieci na dym tytoniowy prowadzi do różnych schorzeń układu oddechowego, zaburzeń neurobehawioralnych oraz chorób układu krążenia w życiu dorosłym.

Cel pracy: Ocena wpływu palenia tytoniu na zdrowie dzieci młodszych.

Material i metoda: Badania zostały przeprowadzone w 2016 roku, wśród 152 rodziców dzieci w wieku od 1 miesiąca życia do 4 lat, w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki: Rodzice dzieci (84,21%) najczęściej mieli świadomość, że palenie papierosów w ich obecności wpływa niekorzystnie na stan zdrowia, dlatego w większości nie palili przy dzieciach (90,91%). Stwierdzono, że zapalenie płuc (66,67%; $p=0,009$) i zaburzenia snu (21,82%; $p=0,009$) istotnie częściej występowały u dzieci, których rodzice palili w ich obecności. Nieprawidłowe łaknienie, wymioty i nudności także stwierdzono nieznacznie częściej wśród dzieci rodziców palących, ale różnice te nie były istotne statystycznie ($p>0,05$). Respondenci z wykształceniem średnim (57,45%) i zawodowym (57,14%) znamienne częściej palili papierosy niż rodzice z wykształceniem wyższym (11,43%; $p>0,00001$). Również więcej ankietowanych mieszkających na wsi paliło papierosy (41,27%) w porównaniu do badanych z miasta (32,58%; $p=0,27$). Ponadto istotnie częściej palili papierosy mężczyźni (62,90%) niż kobiety (17,78%; $p<0,00001$).

Wnioski: 1. Zdecydowana większość rodziców ma świadomość następstw zdrowotnych ekspozycji dzieci na dym tytoniowy. 2. Rodzice najczęściej nie palą tytoniu w obecności dzieci

oraz chronią je przed biernym narażeniem na dym tytoniowy, unikając przebywania z nimi w otoczeniu osób palących. 3. U dzieci rodziców palących tytoń istotnie częściej występowało zapalenie płuc i zaburzenia snu. 4. Nałóg palenia tytoniu przez rodziców dzieci młodszych ma istotny związek z ich płcią i wykształceniem. Częściej palą mężczyźni i osoby z niższym wykształceniem.

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, rodzice, dzieci młodsze

INTRODUCTION

Poland is a country with a very high consumption of tobacco products. The harmful effect of smoking on human health are well known and documented. Consumption of tobacco usually begins at puberty. Teenager addicted to nicotine smokes well in adulthood. Tobacco smoke is a major source of numerous toxic substances that are harmful not only to smokers but also non-smoking rooms found in its surroundings. Secondhand smoke is especially dangerous for pregnant women and small children. Unfortunately, most children breathe tobacco smoke in both the family home and in public places (Kaleta et al., 2013; Mazela et al., 2010).

Cigarette smoking by adults, and exposure of children to tobacco smoke leads to the risk of their health and the consequences of diseases such as inflammation of the lower respiratory tract infections, middle ear disease, exacerbation of asthma symptoms. Exposing young children to secondhand tobacco smoke can also cause neurobehavioral disorders and affect the occurrence of cardiovascular disease in adulthood (Pirogowicz, 2008; Bielska et al., 2010; Kaleta et al., 2013).

Current evidence on the harm of passive smoking among children indicate the need for interventions that reduce children's exposure to tobacco smoke. The main role in building awareness and helping addicts perform medical professions, including nurses (Grabowska et al, 2012).

Aim of this study was to evaluate the effect of smoking on the health of young children. Erected following research problems 1. What health problems occur in children exposed to passive smoking? 2. What is the awareness of parents about the health effects of passive exposure of children to tobacco smoke? 3. How can parents protect their children from

passive exposure to tobacco smoke? 4. How is the difference in health problems in children of parents smoking and nonsmoking? 5. What demographic variables affect the habit of smoking by parents of young children?

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted in 2016 among 152 parents of children aged 1 month to 4 years, the University Children's Hospital in Lublin on the neonatal, infant and cardiology. Agreement to conduct studies of the Director of the hospital and the children's parents. T The study method was used diagnostic survey, a research tool was the original questionnaire, which consisted of 22 questions related to the topic of study, including the specifications.

Statistical studies were carried out on the basis of computer software STATISTICA 10.0 (StatSoft, Poland). The results were statistically analyzed. The values of the analyzed parameters measurable shown by frequencies and percentage. For unrelated quality characteristics to detect the existence of differences between the groups compared homogeneity test was used χ^2 . To investigate the existence of the relationship between the studied traits was used the test of independence χ^2 . The level of significance $p < 0.05$ indicating the existence of statistically significant differences or relationships.

he study method was used diagnostic survey, a research tool was the original questionnaire, which consisted of 22 questions related to the topic of study, including the specifications.

Statistical studies were carried out on the basis of computer software STATISTICA 10.0 (StatSoft, Poland). The results were statistically analyzed. The values of the analyzed parameters measurable shown by frequencies and percentage. For unrelated quality characteristics to detect the existence of differences between the groups compared homogeneity test was used χ^2 . To investigate the existence of the relationship between the studied traits was used the test of independence χ^2 . The level of significance $p < 0.05$ indicating the existence of statistically significant differences or relationships.

RESULTS

The parents interviewed were aged 18 to 45 years. The mean age was 30.31 ± 5.93 years. Among the polled 59.21% (n = 90) were women, while 40.79% (n = 62) men. The majority of respondents - 58.55% (n = 89) lived in rural areas and 41.45% (n = 63) in the city. Most parents - 46.05% (n = 70) had higher education, 30.92% (n = 47) average, 18.42% (n = 28) professional and 4.61% (n = 7) basic. One child was 36.18% (n = 55) families, 42.76% (n = 65) two, 19.08% (n = 29) three and 1.98% (n = 3), more than three children.

Table 1. Estimate smoking and sex parents

Sex	Smoking		In all
	Yes	No	
	n %	n %	n %
Women	16	74	90
	17.78%	82.22%	100.00%
Men	39	23	62
	62.90%	37.10%	100.00%
Sum	55	97	152
	36.18%	63.82%	100.00%
Statistical analysis: $\chi^2=32.37$; $p<0.00001^*$			

As shown in Table 1 men significantly more likely to smoke cigarettes (62.90%) than women (17.78%; $p < 0.00001$).

Table 2. Estimate smoking and parents' education

Education	Smoking		In all
	Yes	No	
	n %	n %	n %
Vocational education/ Basic	20	15	35
	57.14%	42.86%	100.00%
Secondary education	27	20	47
	57.45%	42.55%	100.00%
Higher education	8	62	70
	11.43%	88.57%	100.00%
Sum	55	97	152
	36.18%	63.82%	100.00%

Statistical analysis: Chi²=34.44; p<0.00001*

The respondents with secondary education (57.45%) and professional (57.14%) significantly more likely to smoke cigarettes than parents with higher education (11.43%; p>0.00001).

Table 3. Estimate smoking and place of residence

Place of residence	Smoking		In all
	Yes	No	
	n %	n %	n %
Country	26	37	63
	41.27%	58.73%	100.00%
City	29	60	89
	32.58%	67.42%	100.00%
Sum	55	97	152
	36.18%	63.82%	100.00%

Statistical analysis: Chi²=1.21; p=0.27

Respondents from the countryside smoked cigarettes (41.27%) compared to respondents from the city (32.58%).

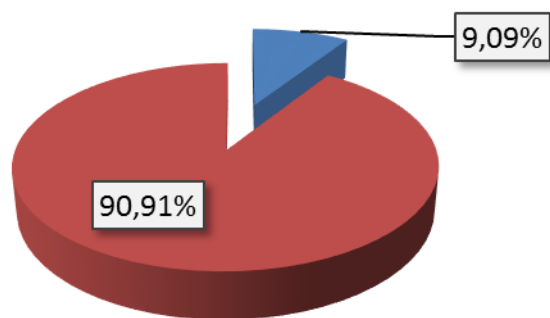


Figure 1. Smoking surrounded by children

Parents mostly do not smoke in the presence of children (90.91%).

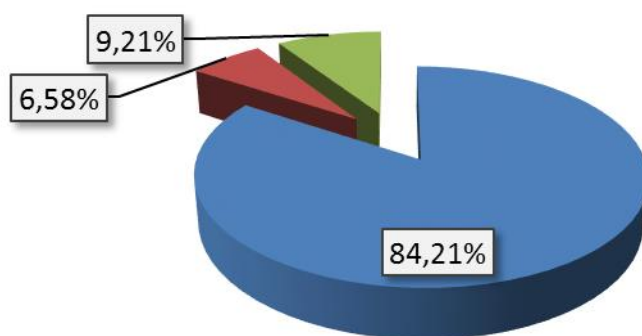


Figure 2. Parents aware of the impact of passive smoking on the health of children

Parents in the majority (84.21%) were aware that smoking in the presence of children has a negative effect on their health.

Table 4. Type of disease occurring in children of parents who smoke

Type of disease	Smokes cigarettes (n=55)		No smokes cigarettes (n=97)		Statistical analysis
	n	%	n	%	
Angina	15	27.27%	5	5.15%	Chi ² =13.15; p=0.0003*
Pneumonia	25	45.45%	25	25.77%	Chi ² =5.30; p=0.0003*
Bronchitis	16	29.09%	18	18.56%	Chi ² =1.67; p=0.20
Otitis media	9	16.36%	10	10.31%	Chi ² =0.69; p=0.41
Rhinitis	16	29.09%	34	35.05%	Chi ² =0.33; p=0.57
Lack disease	5	9.09%	35	36.08%	Chi ² =10.34; p=0.001*

In the group of respondents who smoked significantly more in their children they performed angina, pneumonia, and found significant differences in the absence of diseases of children of parents who smoked.

Table 5. Type of disorder among children of parents who smoke

Type of disorders	Smokes cigarettes (n=55)		No smokes cigarettes (n=97)		Statistical analysis
	n	%	n	%	
Appetite	7	12.73%	5	5.15%	Chi ² =2.77; p=0.10
Vomiting	6	10.91%	8	8.25%	Chi ² =0.30; p=0.59
Nausea	1	1.82%	0	0.00%	Chi ² =1,77; p=0.18
Sleep	12	21.82%	7	7.22%	Chi ² =6.84; p=0.009*
Lack disorders	33	60.00%	79	81.44%	Chi ² =8.32; p=0.004*

Sleep disorders in children occurred significantly more frequently in the group of respondents who smoked, and eating disorders, vomiting, nausea, also were slightly more common among children of parents who smoke.

DISCUSSION

The proper development of children promotes clean air and a healthy lifestyle. Unfortunately, some of them are exposed to secondhand smoke. For the youngest children are a source of danger smoking in the home parents. Especially dangerous is smoking by the mother, due to frequent contact with the child during the period of its development (Mazeka et al., 2010).

The effects of passive smoking in children at an early stage of their development are more severe than in adults, and it is dependent on several factors. First of all newborn babies and infants breathe volume of air per kilogram of body weight greater than adults. Besides their metabolic system is not fully formed, resulting in that the capacity of detoxification and excretion of harmful substances is impaired. In addition, the process of development of individual organs may be compromised as a result of toxic substances in the initial stage of their development (Brazowski, Czerwonka-Szaflarska M, 2009).

Smoking by parents and exposure of children to tobacco smoke causes a threat to their health and the likelihood of many diseases in later stages of development. The results of the age of the study indicate that passive smoking by children after birth may interfere with their psychomotor development. Children of parents who smoke compared with children of smoking parents reach poorer grades in school, and have worse results in tests that measure the level cognitive functions, especially those related to speech and processing information. They have a higher risk of behavioral problems, the team hyperactivity, reduced language skills, difficulty in learning to read, the worse the results in subjects science, neurotic disorders and behavior (Kaleta et al, 20013; Pirogowicz et al., 2008; Polańska et al., 2013; Przybysz, Połocka-Molińska, 2013).

Tobacco smoke promotes the development of diseases of the upper and lower respiratory tract, particularly in infants and children aged 2 - 4 years, because in this period of life the immune system and respiratory tract are under the quantitative and qualitative

development, and characterized by its particular sensitivity to the various harmful factors (Grzybowska, Grzybowski, 2011).

Exposure of children to tobacco smoke affects the treatment of bronchitis which causes damage to the ciliary function of the camera and hypersecretion of bronchial secretions. The effects of adverse effects of tobacco smoke are therefore frequent respiratory infections, which increase the risk of bronchitis and pneumonia. Consequences of passive smoking are also common symptoms of respiratory (hoarseness, cough, runny nose, wheezing), laryngitis, sinusitis, adenoid hypertrophy and tonsillitis (Bielska et al., 2010).

The research of many authors (Kaleta et al., 2013; Mazela et al., 2010; Przybysz, Połocka-Molińska, 2013) shows that the most people burning tobacco in the house were fathers (22.3%) and less burning of the mother (10.6%) or another household member (8.4%). Smokers were usually men with secondary education and women with higher education (Gutowski, Kostrzewa, 2009).

In our study, men also frequently smoked cigarettes (62.90%) compared to women (17.8%). The respondents with secondary education (57.45%), professional or basic (57.14%) significantly more likely to smoke cigarettes, compared with parents with higher education (11.43%).

In turn, the study Pirogowicz et al. (2008) show that 43.40% household smokes about 20 cigarettes a day, 22.70% of people admit that smoke more than 2 packs of cigarettes, and 6.80% of the respondents smoke occasionally. Our findings show that respondents most often smoked five cigarettes a day (43.64%), while 16.36% smoked 1 - 2 pieces, 20 pieces 29.09%, and 10.91% and more than 20 pieces. The survey also found that respondents most often smoked for less than 5 years old (78.95%; n = 120), and the other parents (21.05%, n = 32) had smoked for more than 5 years.

Studies of other authors shows that parents usually smoke cigarettes outside the living quarters (40.9% eg. on the balcony), 27.3% of people in the bathroom and the kitchen, 15.9% in the room, and 13.6% in other rooms in the apartment (Gutowski, Kostrzewa, 2009; Kaleta et al., 2013; Wierzejska, Jarosz, 2010). The studies own shown that the most respondents do not smoke at home (45.45%) or smoked outside (32,73%), while 21.82% in other places outside the home (work, coffee shop).

According to a study Przybysz et al. (2006) 90% of parents are aware of the harmful effects of passive smoking on the health of children and adults. However, there is a difference between parents cigarette smokers and nonsmokers. Parents who smoke cigarettes were compared to non-smokers to a lesser extent aware of the adverse effects of cigarette smoke on the health of their children. In our study, parents in the majority (84.21%) were aware that smoking in the presence of others, especially children adversely affect their health, while 6.58% of the respondents felt that there is no impact on health, 9.21% admitted that they did not know whether passive smoking harms health. Statistical analysis showed that respondents who have smoked cigarettes significantly more often claimed that smoking in the presence of other persons adversely affect their health (93.81%) compared with subjects who smoked (67.27%). The observed differences were statistically significant.

Smoking promotes parental bronchiolitis, bronchitis and pneumonia in children, further inflammation of the vagus nerve, which may cause nausea and vomiting in children, lack of appetite and sleep disturbance occurred. Children of parents smoking bronchitis, ear and larynx occurred more frequently in children compared to unexposed to tobacco smoke (Bielska et al., 2010; Brazowski, Czerwonka-Szaflarska, 2009; Wierzejska, Jarosz, 2010). In our study, taking into account the smokers and non-smokers, it was found that in the group of respondents who smoked significantly more often in comparison with respondents smoking appeared tonsillitis (22.27% vs. 5.15%), pneumonia (45.45% vs. 25.77%) and significant differences were found in the absence of conditions that frequently not observed in the group of parents who did not smoke (9.09% vs. 36.08%). As a result of statistical analysis found that pneumonia in a child occurred significantly more often among respondents, where family members were smoking in front of children (66.67%) than in the group of patients in whom the family did not smoke cigarettes with the baby (30.00%) . Our study also showed that sleep disorders in children occurred significantly more frequently in the group of respondents who smoked (21.82%) than among non-smokers (7.22%).

In the medical literature emphasizes that passive smoking also leads to inflammation, conjunctivitis, cough, allergies, rashes and breathing problems (Grzybowska et al., 2011; Kaleta et al., 2013). The studies own shown that the most common tobacco smoke children responded cough (3.95%) and sneezing (3.95%), and rarely dyspnoea (1.97%). However, no

lacrimation occurred in them. It was found that 90.13% of respondents did not provide any disturbing reactions in children due to passive inhalation of tobacco smoke.

In the face of irrefutable threats to the health of children exposed to passive exposure to tobacco smoke need for action in the field of public health, capable of protecting the health of children and the fight against addiction adults. Nurses having frequent and direct contact with the patient are substantively to the implementation of counseling against smoking. Their task is to provide advice to adults on the benefits of environmental smoke-free for the child's development and directing educational programs for people who have the greatest influence in decision-making in the family (Grabowska, 2012; Wierzejska, Jarosz, 2011; Przybysz, Połocka-Molińska, 2010).

CONCLUSIONS

1. The vast majority of parents are aware of the health effects of exposure of children to tobacco smoke.
2. Parents usually do not burn tobacco in the presence of children and protect them from passive exposure to tobacco smoke, avoiding being with them surrounded by smokers.
3. Children of parents who smoke significantly more frequent pneumonia and sleep disorders.
4. Addiction smoking by parents of younger children has a significant relationship with their gender and education. Men more likely to smoke and those with lower education.
5. Promoting strategy highlighting the benefits of reducing the prevalence of tobacco use and tobacco is an important task for the nurse.

REFERENCES

- BIELSKA, D., TROFIMIUK E., OLDAK E. 2010. Narażenie na dym tytoniowy a rodzaj ostrych infekcji układu oddechowego u dzieci. In *Przegląd Lekarski*. 2010, 67/10, s.839.
- BRAZOWSKI J., CZERWONKA- SZAFIŁARSKA M. 2009. Biernie palenie tytoniu - niedoceniany problem w populacji wieku rozwojowego. *Pediatrics Polska*. 2009, 84(1), s.71.

- GRABOWSKA H., GRABOWSKI W., FLIS A. 2012. Wpływ palenia tytoniu na ciśnienie krwi a działania pielęgniarские. In *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012, 20(4), s. 519.
- GRZYBOWSKA K., GRZYBOWSKI A., DZIUDA-GORZKOWSKA M. 2011. Nawracające zapalenia dróg oddechowych u dzieci a bierne palenie tytoniu. *Pediatrics Polska*. 2011, 18(2), s. 173.
- GUTOWSKI P., KOSTRZEWA M. 2009. Uzależnienie od nikotyny. *Acta Pneumologica et Allergologica Pediatrica*. 2009, Vol. 12 (1-2) s. 9.
- KALETA D., KORYTOWSKI P., MAKOWIEC-DABROWSKA. 2013. Palenie papierosów w populacji osób czynnych zawodowo. *Medycyna pracy*. 2013, 64(3), s.360.
- MAZELA J., AILEN MERRIT T., FLOREK E. 2010. Wpływ nikotyny na dziecko w pierwszym roku życia – warto rzucić palenie. *Przegląd Lekarski*. 2010, 67/10, s. 1045.
- KALETA D., KORYTOWSKI P., MAKOWIEC –DABROWSKA T. 2013. Palenie papierosów w populacji osób czynnych zawodowo. *Medycyna Pracy*. 2013, 64(3), s. 360.
- PIROGOWICZ J., JANIEC Ł., GUZIKOWSKI W. 2008. Wpływ palenia tytoniu na rozwój dziecka i jego stan zdrowotny. *Przegląd Lekarski*. 2008, 65/10, s.428.
- POLANSKA K., HANKE W., SABALA W. 2013. Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy a rozwój psychoruchowy dzieci. *Przegląd Lekarski*. 2013, 70/10, s. 819.
- PRZYBYSZ A., POLOCKA-MOLINSKA M. 2006. Świadomość rodziców na temat zagrożeń dla młodego organizmu spowodowanych paleniem tytoniu. *Przegląd Lekarski*. 2006, s. 1085.
- WIERZEJSKA R., JAROSZ M. 2010. Palenie tytoniu – problem zdrowotny i społeczny. *Żywnienie i metabolizm*. 2010, 37 (2), s. 129.

Authors:

Anna BEDNAREK

Chair and Department of Paediatric Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin, Poland

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna BODAJKO-GROCHOWSKA

Clinic of Lung Disease and Paediatric Rheumatology, Children's University Hospital in Lublin,
Medical University of Lublin, Poland

Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

Danuta ZARZYCKA

Head of the Chair and Department of Paediatric Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical
University of Lublin, Poland

Kierownik Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

doc. PhDr. Lucia DIMUNOVÁ, PhD.

PhDr. Jana RAKOVÁ, PhD.

Department of Nursing, Faculty of Medicine, Pavol Jozef Šafárik University in Košice
Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

MOŽNOSTI OČNEJ BANKY UNIVERZITNEJ NEMOCNICE BRATISLAVA PRI PRÍPRAVE ROHOVIEK K TRANSPLANTÁCII PRI OČNÝCH KOMPLIKÁCIÁCH V RÁMCI REUMATOIDNEJ ARTRITÍDY

BIRÓ KLOCHÁŇOVÁ Stanislava, BIRÓ Csaba

ABSTRAKT

Reumatoidná artritída je častá, závažná systémová zápalová choroba postihujúca predovšetkým kĺby. Choroba je multifaktoriálna, heterogénna, vo vzniku a vývoji dôležitú úlohu hrá genetická predispozícia, enviromentálne znečistenie so vznikom dlhodobého chronického autoimunitného zápalu, ktorý z morfológického hľadiska má deštruktívny charakter. Priebeh reumatoidnej artritídy je variabilný, striedajú sa akútne exacerbácie a remisie prejavu choroby, celkovo však prebieha progresívne a často vedie k invalidite. V rámci priebehu a prejavov reumatoidnej artritídy sú veľmi časté a závažne mimo kĺbové postihnutia. Medzi jedny najzávažnejšie patria oftalmologické komplikácie vyvolané ukladaním cirkulujúcich imunokomplexov do ciev, ktorých morfológickým podkladom je vaskulárna fibrinoidná nekróza. Prevažne sa jedná o periférnu ulceróznú keratitídu (ďalej iba „PUK“). Bolo zistené, že úmrtnosť pacientov s reumatoidnou artritídou v spojitosti PUK je ešte vyššia v rámci 10 ročného obdobia o 50%.

Kľúčové slová: Autoimunita. Keratitída. Reumatoidná artritída.

ÚVOD

Reumatoidná artritída je častá, závažná systémová zápalová choroba postihujúca predovšetkým kĺby. Postihnuté sú všetky vekové skupiny, najčastejšie mladí ľudia a ženy v premenopauzálnom období. Choroba je multifaktoriálna, heterogénna, vo vzniku a vývoji dôležitú úlohu hrá genetická predispozícia, enviromentálne znečistenie so vznikom dlhodobého chronického autoimunitného zápalu, ktorý z morfológického hľadiska má deštruktívny charakter. Priebeh reumatoidnej artritídy je variabilný, striedajú sa akútne exacerbácie a remisie prejavu choroby, celkovo však prebieha progresívne a často vedie k invalidite. Reumatoidná artritída všeobecne má rozdielnu aktivitu choroby a rozdielnu rýchlosť rozvoja štrukturálnych

zmien. Podľa veľkých celosvetových štatistických analýz reumatoidná artritída skracuje dĺžku života až o 10 rokov. V rámci priebehu a prejavov reumatoidnej artritídy sú veľmi časté a závažne mimo kĺbové postihnutia. Medzi jedny najzávažnejšie patria oftalmologické komplikácie vyvolané ukladaním cirkulujúcich imunokomplexov do ciev, ktorých morfológickým podkladom je vaskulárna fibrinoidná nekróza. Prevažne sa jedná o periférnu ulceróznou keratitídu (PUK), ktorá sa vyskytuje v rámci reumatoidnej artritídy až v 34%. Je asociovaná ešte nekrotizujúcou skleritídou, episkleritídou, ktoré ešte zhoršujú stav pacientov. Bolo zistené, že úmrtnosť pacientov s reumatoidnou artritídou v spojitosti PUK je ešte vyššia v rámci 10 ročného obdobia o 50% (Yagci, 2012).

SÚČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

Reumatoidná artritída je chronická zápalová choroba. Prejavuje sa symetrickým zápalovým postihnutím diartrodialných kĺbov, vývojom erozívnych zmien a produkciou reumatoidných faktorov. Často ju sprevádza aj postihnutie viacerých orgánov, preto patrí k systémovým autoimunitným chorobám. Príčiny vzniku reumatoidnej artritídy („RA“) dodnes jednoznačne nepoznáme, na jej rozvoji sa podieľajú genetické, imunologické, hormonálne a enviromentálne faktory. Patogenéza reumatoidnej artritídy predstavuje kompletnú interakciu medzi synoviálnou membránou kĺbu, vaskulárnym endotelom a početnými rôznymi bunkami imunitného systému a humorálnymi látkami, ktoré produkujú (Buc, 2016).

Z hľadiska patogenézy vývoj RA je viacstupňový:

1. Prvý stimul spúšťa nepatogénnu autoimunitnú odpoveď. Samotný stimul do dnešnej doby nepoznáme. V podstate zahŕňa vznik autoantigénov, poruchu resp. patologickú reakciu týmusu so vznikom autoreaktívnych T - lymfocytov, ktoré je zosilnené genetickými poruchami HLA II. triedy makrofágov synovie a A-typ synoviocytov, ktoré prezentujú autoantigény autoreaktívnym T – lymfocytom. Toto „prvé“ štádium reumatoidnej artritídy z hľadiska klinickej symptomatológie a fyzikálneho nálezu je negatívne.

2. Druhý stimul – kde patria enviromentálne faktory (mikroorganizmy, iné?), vyvolávajú samotný rozvoj autoagresívnych pochodov, zápalu a vznik klinických príznakov, ktoré sú v dnešnej dobe známe a relatívne s veľkou presnosťou dobre popísané.

Tabuľka č. 1 Možné etiologické agensy pri vývoji reumatoidnej artritídy

Možné etiologické agensy	
Baktérie	Mycobacterium Escherichia coli Proteus mirabilis
Baktérie schopné produkovať superantigény Streptococcus, skupina A	Staphylococcus Mycoplasma arthritidis Clostridium perfringens Yersinia enterocolitica
Vírusy	Vírus rubeoly Parvovírus, kmeň B19 EBV Cytomegalovírus Vírus hepatitídy B HTLV-1
EBV - vírus Epstein a Barrovej, HTLV - „human T-lymphocyte virus“	

(Zdroj: Buc, 2016).

Autoantigény (endogénne antigény), Porucha týmusu

Ako autoantigény pri RA udávajú kolagén typu II,, chondrocytový glykoproteín gp39, glukóza-6-fosfát izomeráza.

Kolagén typu II: je proteínom kĺbovej chrupky. Proti kolagénu typu II sa tvoria protilátky a T – lymfocyty. Protílátky proti kolagénu typu II sa dokazujú v plazme, v synovii.

Glukóza-6-fosfát izomeráza: je enzým, viaže sa na proteoglykány chrupky. U chorých reumatoidnou artritídou sa stáva terčovou štruktúrou pre autoprotílátky, ktoré aktivujú komplement s tvorbou chemotaktických látok, ktoré do ložiska priťahujú neutrofilné leukocyty, ktoré svojou aktivitou poškadzujú chrupku.

Výrazným faktorom prispievajúcim k rozvoju RA je periodontitída, ktorú vyvoláva baktéria Porphyromonas gingivalis. Produkuje peptidyl – arginín deiminázu (PADI), ktorý sa podieľa na citrulinizácii proteínov a peptidov (antigénov) (Buc, 2016).

Porucha týmusu

V rámci reumatoidnej artritídy sa predpokladá predčasné starnutie týmusu, ktoré je spojené so zníženým prísunom zrelých, diferencovaných lymfocytov na perifériu. Dôsledkom toho dochádza k proliferácii periférnych lymfocytov, aby množstvo periférnych lymfocytov sa

zachovalo. Za fyziologických okolností periférne T – lymfocyty prechádzajú pri vývoji v týmuse procesom pozitívnej selekcie: do krvi a sekundárnych lymfatických orgánov sa dostávajú iba tie T – lymfocyty, ktoré rozpoznávajú peptidy pochádzajúce z vlastných antigénov nadviazané na HLA molekuly nízkoafinitne. Na periférii musia za fyziologických okolností rozpoznávať tie isté autológne peptidy vlastných antigénov, lebo inak by apoptotickým procesom zahynuli. Pri RA dochádza k proliferácii len samotných periférnych T – lymfocytov, následkom ktorého sa znižuje ich rozpoznávací antigénový repertoár a postupne sa zvyšuje ich afinita voči vlastným antigénom až sa dosiahne stav, keď sa z lymfocytov rozpoznávajúce vlastné antigény stávajú autoagresívne, schopné indukovať autoimunitný proces.

Ďalšou možnosťou patológie týmus je porucha diferenciácie tymocytov pri indukcii tolerancie na vlastné antigény na úrovni negatívnej selekcie. Experimentálne sa predpokladá mutácia génu pre tyrozínkinázu ZAP 70. Porucha funkcie ZAP 70 spôsobuje, že zvýši prah aktivácie vyvíjajúceho sa tymocytu pri procese negatívnej selekcie, ktorou sa organizmus zbavuje autoreaktívnych T – lymfocytov. Tymocyty pri rozpoznaní reumatoidného antigénu (citrulinizovaného antigénu) v membránach týmusových medulárnych epitelových buniek nehynú, ale naopak prežívajú a dostávajú sa na perifériu, kde sa aktivizujú najpravdepodobnejšie krížovo reagujúcim mikroorganizmom a spustia autoimunitný proces.

Zápalový infiltrát synovie sa skladá najmä z lymfocytov a makrofágov. Lymfocyty synovie podliehajú antigénovo – špecifickej maturácii, ale k ich aktívnej proliferácii nedochádza. Makrofágy pochádzajú z monocytov, ktoré do synovie sa dostávajú z krvi. Lokálna proliferácia monocytov podobne sa nedokázala. Akumulácia lymfocytov a monocytov v synovii pravdepodobne je podmienená s poruchou apoptózy. Bola zistená zvýšená produkcia antiapoptotického faktora resp. proteínu FLIP, ktorý takto bráni zániku autoreaktívnych T – lymfocytov.

Ďalšou do dnešnej doby nevysvetliteľnou zaujímavosťou je, že u chorých RA s predispozičným DRB1*04 alelami dochádza v Th- lymfocytoch skracovaniu telomér so získaním znakov charakteristickým pre starnúce bunky a objavovaním sa aktivačných receptorov NK buniek (Buc, 2016).

Genetické základy reumatoidnej artritídy

Reumatoidná artritída (RA) je geneticky vymedzená choroba. Je polygénovo podmienená. V rámci zhody pri skúmaní spoločných znakov u jednovaječných dvojčiek sa pohybuje na úrovni 15 – 30%, u dvojvaječných dvojčiek na úrovni len 5%. Pri rozsiahlych genetických štúdiách sa zistilo, že až v 30% ide o poruchy génov kódujúce HLA – komplex II. triedy, hlavne gény kódujúce HLA – DR4, ktoré sú určené alelami DRB1*04:01, DRB1*04:04, DRB1*04:05, DRB1*01:01, DRB1*14:02.

V kaukazoidnej populácii hlavne DRB1*04:01 s tvorbou molekuly DR4, Dw4, s relatívnym rizikom vzniku RA 6 – 11%, DRB1*04:04 s tvorbou molekuly DR4, Dw14, s relatívnym rizikom vzniku RA 5 – 14%, DRB1*01:01 s tvorbou molekuly DR1, DW1, s relatívnym rizikom vzniku RA 1 – 2%.

V aziatickej populácii DRB1*04:05 s tvorbou molekuly DR4, Dw15, s relatívnym rizikom vzniku RA 6 – 10%.

V populácii severoamerických Indiánov kmeňa Yakima DRB1*14:02 s tvorbou molekuly DR14, Dw16, s relatívnym rizikom vzniku RA 1 – 2%.

Bolo zistené, že u reumatikov sa nevyskytujú poruchy na alelách DRB1*04:02 a DRB1*04:03, ktoré na základe toho pravdepodobne predstavujú faktor rezistencie voči reumatoidnej artritíde (Buc, 2016).

Genetické zmeny na alelách HLA – DR4 a HLA – DR14 majú najväčší význam resp. predispozíciu k vzniku RA. Mechanizmus vysvetľuje epitopová (antigénová) hypotéza, na základe ktorého sa predpokladá, že v rozdielnych β reťazcoch DR molekúl je prítomná určitá štrukturálna a funkčná podobnosť tretej hypervariabilnej oblasti s pozitívnym nábojom (P3- vrecko), ktorá sa podieľa na väzbe patognomického peptidu resp. antigénu. Tieto oblasti preferenčne viažu antigény obsahujúce citrulín, ktorý má negatívny náboj. Citrulinizácia antigénov je potranslačná modifikácia proteínov antigénu pomocou peptidyl – arginín deiminázy (PADI), ktorá mení arginín na citrulín v proteínoch antigénu. Tento proces je výrazne podporovaný znečisteným vzduchom s výfukovými splodinami, mikroorganizmami ústnej dutiny (*Porphyromonas gingivalis*) so vznikom periodontitídy.

Z praktického hľadiska musíme povedať, že nie všetky asociované gény prispievajú rovnakou mierou k vnímavosti na RA. Poruchy génov na alelách DRB1*04:01, DRB1*04:04, DRB1*04:05 predisponujú k ťažkej erozívnej forme RA. Porucha génov na alele DRB1*01:01

sa spája s ľahším priebehom RA. Homozygoti DR4/DR4 majú vyššiu predispozíciu k ťažkej forme RA ako heterozygoti DR4/DR1 alebo DR4/DRx. Najhoršia kombinácia je u heterozygotov DRB1*04:01 / DRB1*04:04, ktorý majú až 10 – násobne vyššiu pravdepodobnosť vývoja RA a ťažkej formy choroby, ako tí, čo majú alelu DRB1*04:01 alebo DRB1*04:04 samotnú. Z klinického hľadiska musíme ale dodať, že vnímavé alely sa v populácii sa vyskytujú častejšie ako samotná choroba – prevalencia aliel DRB1*04:01, DRB1*04:04, DRB1*01:01 v populácii je 42% a z nich len 2,2% vyvinie RA (Buc, 2016).

Preto skríning HLA aliel na úrovni populácie nemá význam. Zmysel má u tých, ktorí sú v začiatkových štádiách choroby. Určenie konkrétnej HLA – alely u chorého má významný prognostický význam z hľadiska odhadnutia vývoja ťažkej erozívnej formy choroby. Táto výpovedná hodnota sa zvyšuje, keď u chorého sa dokáže prítomnosť reumatoidného faktora. Diagnostika DR4 susceptibilnej alely naznačuje riziko vývoja erozívnej formy, jeho chýbanie naznačuje vysokú pravdepodobnosť mierneho priebehu choroby.

V dnešnej dobe sú známe už aj ďalšie gény, ktoré majú vplyv na predispozíciu RA. Medzi ne patria NFKBIL1 (nuclear factor – kappaB inhibitor – like protein 1), PTPN22 (protein tyrosine phosphatase, non-receptor type 22), polymorfizmus génu rs3761847 na 9. chromozóme, STAT4 signálna dráha, CCR5 chemokínový receptor.

NFKBIL1 (nuclear factor – kappaB inhibitor – like protein 1): je podobný k inhibítoru nukleárneho faktora kappaB(κ), ktorý blokuje pôsobenie transkripčného faktora NF κ B (nuclear factor kappaB), ktorý podmieňuje expresiu početných prozápalových génov a génov regulujúce imunitné procesy.

PTPN22 (protein tyrosine phosphatase, non-receptor type 22): nachádza sa na chromozóme 1p13a určuje tvorbu fosfatázy, ktorá fyziologicky tlmí aktiváciu Th – lymfocytov. Pri polymorfizme alely 620W má túto negatívnu úlohu aktivácie zníženú, čím sa uľahčuje aktivácia T – lymfocytov.

Polymorfizmus alely resp. jedného nukleotidu rs3761847 na 9. chromozóme: dochádza k nerovnováhe voči génu pre C5 zložku komplementu a génom pre TRAF-1 proteín, ktoré sa aktivizujú. C5 zložka komplementu zvýšene chemotakticky bude pôsobiť na neutrofilly a anfylokoidne a TRAF – 1 proteín bude zvyšovať účinnosť tumor nekrotického faktora α (TNF α), ktorý je kľúčovým prozápalovým cytokínom.

STAT4 signálna dráha: pri polymorfizme jedného nukleotidu rs 7574865 na chromozóme 2q. Je prítomná v rámci RA až 27%. STAT4 je signálnou dráhou a indukuje tvorbu interleukínu 12 (IL-12), interleukínu 23 (IL-23)

CCR5 chemokínový receptor: zabezpečuje pritiahnutie imunitných buniek do zápalového ložiska. Preferenčne ho exprimujú T – lymfocyty, monocyty, makrofágy. Jeho ligandmi sú prozápalové cytokíny. Bolo zistené, že synoviové T – lymfocyty pacientov s aktívnou reumatoidnou artritídou exprimujú vysoké hladiny CCR5. Z hľadiska predispozície k reumatoidnej artritíde je dôležité, že u jedincov, ktorí majú deléciu v CCR géne veľkosti 32 kb nedochádza k expresii tohto receptora a chráni ich pred vznikom RA (bolo zistené, že tak isto chráni pred HIV infekciou) (Buc, 2016).

Autoprotilátky

Autoprotilátky sú zodpovedné za systémové prejavy RA hlavne u chorých s ťažkým priebehom choroby. Systémové prejavy RA vyvolávajú cirkulujúce imunokomplexy, ktoré sa ukladajú do ciev s následnou vaskulitídou resp. z morfológického hľadiska vznikom fibrinoidnej nekrózy ciev.

V sére chorých môžeme dokazovať autoprotilátky, z ktorých najznámejší je reumatoidný faktor (RF). Vyskytuje sa u 70 – 85% pacientov. Sú triedy IgG, IgM, IgA namierené proti Fc fragmentu IgG. Najčastejšie sa detegujú protilátky z triedy IgM. Reagujú s C_H2 a C_H3 doménami IgG. Sérový RF reaguje väčšinou s IgG1, IgG2, IgG4, kým synoviový RF reaguje IgG3. Je to preto, lebo RF produkujú odlišné klony B – lymfocytov.

Hlavným miestom syntézy anti – IgG protilátok sú kĺby, u niektorých chorých sú tieto protilátky typu IgA a nie IgM. Tieto imunokomplexy následne aktivujú komplement. Komplex IgG – anti-IgG sú stabilnejšie a aktivujú komplement účinnejšie.

Prítomnosť RF a jeho pretrvávanie môže predchádzať začiatok choroby a jeho vysoké hladiny na začiatku choroby sú zlým prognostickým znakom. Výskyt RF u zdravých sa spája až s 26 – krát vyšším rizikom vývoja RA v porovnaní s tými, čo RF nemajú.

Séra pacientov s RA reagujú na citrulín. Citrulín je aminokyselina, vzniká deamináciou arginínu prostredníctvom peptidyl – arginín deiminázy (PADI). Tejto postranlačnej modifikácii prebieha veľké množstvo proteínov – kolagén, fibrín, vimentín. Anticitrulínové protilátky (ACPA) sa detegujú ELISA metódou. ACPA v dnešnej dobe ako ukazovateľ

závažnosti RA je rovnocenný RF. RF a ACPA sa objavujú dávno pred začiatkom choroby, ale ACPA skôr až o 15 rokov.

Protilátky proti karbamylovaným proteínom (anti-CarP protilátky): anti-CarP protilátky sa dokazujú aj u ACPA pozitívnych a ACPA negatívnych pacientov. Anti-CarP protilátky predikujú eróziu kostí a budúci vývoj RA nielen u pacientov s artralgiou ale aj u zjavne zdravých darcov krvi (Buc, 2016).

Pas reumatoidnej artritídy: IgM – RF, ACPA, HLA – DR4

Vplyv hormónov na RA

Prozápalové hormóny:

Estrogény: zvýšená syntéza protilátok a znížená bunková imunita: počas tehotnosti v treťom trimestri remisia RA, po pôrode exacerbácia.

Prolaktin: podporuje autoimunitné a zápalové procesy.

Kortikotropný hormón: regulátor stresu – podmieňuje zápal.

Protizápalové hormóny

Somatostatin, neuropeptidy, opioidné peptidy

Patogenéza reumatoidnej artritídy

Začiatkové štádiá choroby:

V synovii chorých s RA dochádza akumulácii T – lymfocytov. Väčšina T – lymfocytov obsahuje receptor TCR $\alpha\beta$, menšej miere TCR $\gamma\delta$. T – TCR $\alpha\beta$ sú prevažne CD $_4^+$ Th lymfocyty a nesú znaky aktivovaných buniek. Tieto aktivované Th lymfocyty sa vyskytujú perivaskulárne. Th- lymfocyty s tvorbou cytokínu IL-15 aktivujú T cytotoxické – lymfocyty, ktoré v synovii sú roztrúsené. Cytokínový profil pomocných T – lymfocytov (Th) naznačuje, že tieto bunky patria k Th1 – Th17 subpopuláciám a majú charakteristiku pomocných a cytotoxických T lymfocytov. V skupine prevažuje práve nedostatok syntézy Th2 protizápalových cytokínov (IL-4, IL-3, IL-10) a práve toto prispieva nekontrolovanej zápalovej reakcii, lebo znížená syntéza protizápalových cytokínov nevyvažuje pôsobenie prozápalových cytokínov IL-1 β , IL-6, IL-33, TNF α , IL-32. Hladiny IL-32 korelujú s hladinami TNF α a IL-1 β . Okrem toho IL-32 v monocytoch, makrofágoch, epitelových bunkách indukuje syntézu prozápalových cytokínov. Samotná TH17 subpopulácia vyznačuje syntézou IL-17, TNF α . IL-17 pôsobí na makrofágy a synoviocyty a podporuje v nich produkciu prozápalových cytokínov.

K prehnanej aktivite Th- - Th17 lymfocytov prispieva aj nedostatočná aktivita Treg lymfocytov.

Ďalšom kroku v synovii sa vytvárajú germinálne centrá B – lymfocytov so zníženým množstvom inhibičného receptora Fc γ RIIb a zvýšenou expresiou CD86. V germinálnych centrách dochádza k tvorbe autoprotilátok, ktoré potom sa viažu autoantigénmi s vytváraním imunokomplexov s následnou aktiváciou komplementu, tvorbou chemotaktických faktorov a pritiahnutím neutrofilných leukocytov do zápalového ložiska, ktoré svojimi proteolytickými enzýmami, reaktívnymi intermediárnymi produktmi kyslíka a dusíka poškadzujú extracelulárny matrix a chrupku. Prechod neutrofilov do synoviovej tekutiny podporuje prebiehajúca neovaskularizácia – formovanie subsynoviálnych ciev, ktoré sú regulované cytokínmi VEGF, PDGF, TFG- β , ktoré pôsobia aj proliferáciu synoviocytov. Endotel novovytvorených ciev je charakteru vysokých endoteliálnych venúl (high endothelial venules, HEV), ktorý podporuje prechod leukocytov cez stenu ciev.

V synovii sú prítomné aj makrofágy, dendritické bunky, A – typ synoviocytov patriace monocytovo – makrofágovej línii. Zodpovedajú za začatie a udržanie priebehu špecifickej imunitnej reakcie, lebo tieto bunky pomocou svojich molekúl HLA II. triedy prezentujú T – lymfocytom imunogénne autoantigény pochádzajúce so synovie.

T - lymfocyty a makrofágy okrem toho aktivujú aj B – typ synoviocytov typu špecializovaných fibroblastov, ktoré následne proliferujú a tvoria prozápalové cytokíny IL-1 β , IL-6, TNF α a cytokíny VEGF, FGF s ktorými podporujú angiogézu. Proliferované synoviocyty invadujú do chrupky a produkciou katepsinu a metaloproteáz poškadzujú chrupku.

Vzniká erózia kostí s aktiváciou osteoklastov s ligandom receptorového aktivátora nukleárneho faktora κ B (RANKL) v rámci interakcie so synoviovými fibroblastmi (SFb) a Th17 – lymfocytmi, ktoré RANKL tvoria. Je známe, že aktivita osteoblastov (ktoré fyziologicky tvoria RANKL a jeho fyziologický inhibítor osteoprotegerin) v rámci RA je nulová.

Chronický zápal synovie vedie k vytvoreniu panusu – nešpecifického granulačného tkaniva s obsahom ciev, makrofágov, lymfocytov, neutrofilov, synoviocytov, fibroblastov, mastocytov (tkanivových bazofilov). Panus sa správa ako nádor. Invazívny charakter panusu a syntéza proteolytických enzýmov je priamou príčinou deštrukcie chrupky, erózie subchondrálnej kosti a poškodzovania paraartikulárnych štruktúr. Na poškodzovaní sa

zúčastňujú metaloproteinázy, ktoré syntetizujú aktívované makrofágy, fibroblasty, synoviocyty, chondrocyty ako odpoveď na prozápalové cytokíny IL-1 β , TNF α .

V ostrom kontraste so zápalovým infiltrátom samotnej synovie je jeho zloženie v synoviovej tekutine. Na rozdiel od prevažne mononukleového infiltrátu v synovii v synoviovej tekutine sa nachádzajú neutrofilné leukocyty. Ich akumuláciu a aktiváciu podporuje komplement, ktorý je aktivovaný hlavne imunokomplexami, ďalej chemokíny produkované endotelovými a zápalovými bunkami.

K rozvoju zápalu prospievajú aj produkty cyklooxygenázovej a lipooxygenázovej cesty metabolizmu kyseliny arachidónovej (prostaglandíny, leukotriény, faktory aktivujúce trombocyty). V synoviovej tekutine sa nachádzajú aj Th17 - lymfocyty, ich počet koreluje s aktivitou choroby (Buc, 2016).

Tabuľka č. 2 Mimo kĺbové prejavy RA

Mimo kĺbové prejavy reumatoidnej artritídy
reumatoidné uzly
očné prejavy 25-30%
pľúcne prejavy
kardiálne prejavy
neurologické prejavy
hematologické prejavy
hepatálne prejavy
vaskulitída
amyloidóza

(Zdroj: Rovenský 2008)

PERIFÉRNA ULCERÓZNA KERATITÍDA

Periférny ulcerózny zápal rohovky postihuje perilimbálnu časť rohovky. Je asociovaná autoimunitnými chorobami, najčastejšie reumatoidnou artritídou. Je charakterizovaná fibrinoidnou nekrózou spojivového tkaniva a ciev v dôsledku ukladania imunokomplexov. Limbus spojovky v rámci spojitosti s perifériou rohovky má z hľadiska morfolologickej stavby a imunitných mechanizmov odlišné postavenie ako bezcievna časť centra rohovky. Z morfologického hľadiska limbus so svojou kapilárnou sieťou komunikuje s perifériou rohovky, kde sa môžu ukladať cirkulujúce imunokomplexy. Ukladanie sa cirkulujúcich

imunokomplexov v terminálnych koncoch limbálnych ciev iniciujú imúnnu vaskulitídu. Zápalové bunky a zápalový exsudát poškadzujú steny ciev, strómu, ktoré sa morfológicky prejavuje fibrinoidnou nekrózou. Vývoj periférnej ulceróznej keratitídy v spojitosti systémovou chorobou predstavuje zhoršenie resp. komplikáciu potenciálne život ohrozujúcej choroby. Sprievodná nekrotizujúca skleritída je pozorovaná len v ťažkých prípadoch, ktorá môže viesť k perforácii rohovky a k strate videnia (Biró Klocháňová 2017).

Periférna ulcerózna keratitída (PUK) je jednostranné postihnutie, zápal je ložiskovitý, periférny v tvare polmesiaca, postihuje strómu, zasahuje až k juxtalimbálnej časti rohovky. Je charakterizovaná ložiskovitým stenčením rohovky v postihnutej oblasti. Vždy je asociovaná defektom prilahlého epitelu a progresívnou stratou strómy rohovky. Často je sprevádzaná zápalom spojivky, skleritídou, episkleritídou. Prítomnosť týchto zápalov spätnou väzbou zhoršujú priebeh PUK a môžu viesť až k perforácii rohovky. PUK môže byť komplikáciou veľkého počtu systémových chorôb, alebo predchádza systémové choroby. PUK môže byť iniciálnou manifestáciou kolagénových vaskulárnych chorôb až v 50%.

Príčinou PUK až v 34% je reumatoidná artritída. Dochádza ukladaniu imunokomplexov do ciev, morfológicky so vznikom fibrinoidnej nekrózy. PUK je často sprevádzaná nekrotizujúcou skleritídou, episkleritídou, ktoré ešte zhoršujú stav. Úmrtnosť pacientov s reumatoidnou artritídou v spojitosti PUK / nekrotizujúca skleritída je vyššia v rámci 10 ročného obdobia o 50% (Biró Klocháňová 2017).

PATOGENÉZA

V rámci reumatoidnej artritídy depozity cirkulujúcich imunokomplexov sa ukladajú na periférii rohovky. Limbus a periféria rohovky je zásobená kapilárnymi arkádami, ktoré zasahujú na perifériu rohovky do hĺbky 0,5 mm. Vaskulárna architektúra – zásobovanie limbu je preto predurčená k hromadeniu IgM, komplementu, imunokomplexov v limbe a na periférii rohovky. Ukladanie imunokomplexov aktivuje komplement klasickou cestou, výsledkom ktorého je chemotaxia zápalových elementov – neutrofilov, makrofágov – na periférii rohovky. Tieto bunky degranulujú, vylučujú kolagenázu, proteázy do strómy rohovky následkom čoho stróma rohovky sa poškodzuje. Ďalej zo zápalových buniek sa uvoľňujú zápal podporujúce cytokíny ako interleukín – 1 (IL-1), aktiváciou stromálnych keratocytov s produkciou matrix

metaloproteinázy - 1 a matrix metaloproteinázy – 2, ktoré ešte urýchľujú poškodenie strómy. Spojovkové lymfatické cievy a limbálne kapiláry na periférii rohovky poskytujú hlavnú cestu resp. sú vedúcimi štruktúrami, ktoré umožňujú vznik riadeného imunologického zápalu rohovky. Okrem toho sa predpokladá, že priľahlé časti limbu a spojovky v okrajových častiach rohovky slúžia ako hlavný rezervoár pre rôzne efektorové bunky imunitného systému a zápal podporujúcich cytokínov, ktoré hrajú rozhodujúcu úlohu v imunopatogenéze PUK (Biró Klocháňová 2017).

KLINICKÉ PREJAVY

Periférna ulcerózna keratitída sa prejavuje rôznorodo. Najčastejšie v 15% - 25% ako suchá keratokonjunktivitída, ďalej očné začervenanie, bolesť oka, slzenie, fotofóbia, zhoršené videnie indukované astigmatizmom, nepriehľadnosťou rohovky. Štrbinovou lampou sa znázorňujú zákaly strómy rohovky a priľahlého limbu v dôsledku zápalovej celulizácie strómy. Neskôr sa pridáva polo mesiačikovitý rohovkový vred priľahlého epitelu. Nastáva rôzny stupeň vaskularizácie a stenčenia rohovky kvôli deštrukcii priľahlej strómy. Miera periférneho stenčenia rohovky je variabilná. V ťažkých stavoch na periférii nastáva perforácia s alebo bez traumy. V priľahlej časti je zrejma skleritída, episkleritída, konjunktivitída. Skleritída môže byť nodulárna alebo nekrotizujúca. V rámci PUK až v 64% sa vyskytuje nekrotizujúca skleritída s perforáciou rohovky.

V liečbe sa využívajú lokálne a systémové kortikosteroidy, imunosupresívne lieky, inhibítory kolagenázy, biologická liečba. Pri perforáciách rohovky je jednoznačne indikovaná keratoplastika.

TRANSPLANTÁCIA ROHOVIEK

Transplantácia rohoviek v súčasnosti patrí medzi najčastejšie transplantačné výkony. Správne laboratórne postupy v rámci očného bankovníctva slúžia pre správny postup v procese získavania darcovských rohoviek za účelom ich transplantácie. Pre transplantáciu rohovky sa v očnom lekárstve používa názov keratoplastika. Prevádza sa u chorých, ktorí majú rohovku rôzne zdeformovanú, stenčenú alebo zmenenú po chorobe alebo úraze a jej stav sa nedá inou

liečbou ovplyvniť. Podľa všeobecne dostupných štatistík sa na Slovensku vykonáva asi 200 transplantácií ročne a vo svete asi 100 000 transplantácií ročne, ktoré sú väčšinou úspešné. Na to, aby sa rohovkový štep po transplantácii správne prijal resp. ujal je veľmi dôležitý pracovný postup vykonávaný v rámci praxe očnej banky.

V súčasnosti sa rohovky pre transplantáciu získavajú od zdravotne spôsobilých kadaverózných darcov alebo z multiorgánových darcov. Právne predpisy, ktoré sa týkajú odberov buniek, tkanív, orgánov z kadaverózných darcov za účelom transplantácie sú obsiahnuté v zákone č. 317/2016 Z. z. o požiadavkách a postupoch pri odbere a transplantácii ľudského orgánu, ľudského tkaniva a ľudských buniek a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Celkovo odber rohovky z kadaverózneho darcu alebo z multiorgánového darcu zahŕňa výber darcu podľa časových a vekových kritérií, diagnostických a laboratórných kritérií v rámci vylúčenia kontraindikovaných darcov, pri indikovaných darcoch sérologické vyšetrenie, samotný odber rohovky za aseptických podmienok, mikroskopické vyhodnotenie kvality rohoviek s následnou klasifikáciou rohoviek.

Na mikroskopické vyšetrenie rohoviek používame štrbinovú lampu a spekulárny endotelový mikroskop. V štrbinovej lampe vyšetrujeme epitel, strómu, Descemetovu membránu, endotel rohovky. Spekulárnym endotelovým mikroskopom hodnotíme samotný endotel rohovky. Morfológické hodnotenie endotelu v štrbinovej lampe vždy musí byť korelované výsledkom zo spekulárneho endotelového mikroskopu.

V spekulárnom endotelovom mikroskope sa hodnotí počet endotelových buniek na mm^2 . Podľa počtu endotelových buniek a mm^2 endotel môže byť:

- excelentný (vynikajúci): viac ako 3000 endotelových buniek na 1mm^2 ,
- veľmi dobrý: 2500 – 3000 endotelových buniek na 1mm^2 ,
- dobrý: 2000 – 2500 endotelových buniek na 1mm^2 ,
- prijateľný: 1500 – 2000 endotelových buniek na 1mm^2 ,
- nedostatočný endotel: pod 1500 endotelových buniek na 1mm^2 .

Z empirického hľadiska bolo zistené, že rohovky s endotelovými bunkami medzi 2000 až 2200 na 1mm^2 môžu slúžiť ako tzv. rohovky pre prípad núdze (v anglosaskej terminológii emergency cornea). S týmto sa aj my stotožňujeme, lebo v podstate prijateľné rohovky s počtom endotelových buniek 1500 – 2000 na 1mm^2 sa využívajú len v najnutnejších akútnych

prípadoch, hlavne vtedy, keď nie sú k dispozícii rohovky s lepším endotelom (Biró Klocháňová 2015).

Celkové hodnotenie rohoviek

Zo získaných a zhrnutých údajov z vyšetrenia a zhodnotenia epitelu, strómy, Descemetovej membrány, endotelu rohovky v štrbinovej lampe a v spekulárnom endotelovom mikroskope sa dostaneme k celkovému hodnoteniu rohovky. V celkovom hodnotení rohovka môže byť:

1. *Excelentná (vynikajúca) rohovka:* čírym intaktným epitelom, bez osušenia, bez šúpania, bez defektov strómy, bez defektov Descemetovej membrány, s vysokou hustotou malých a rovnakých endotelových buniek, bez vakuolizácie, s počtom viac ako 3000 endotelových buniek na 1mm^2 .

2. *Veľmi dobrá rohovka:* s ľahkým až stredným zákalom, minimálnym osušením a žiadnym až minimálnym povrchovým šúpaním v periférii, s ľahkým až stredným arkusom strómy, s pár až niekoľkými záhybmi v Descemetovej membráne, s vysokou hustotou malých a rovnakých endotelových buniek, s ojedinelými necentrálnymi vakuolizovanými bunkami, s počtom 2500 - 3000 endotelových buniek na 1mm^2 .

3. *Dobrá rohovka:* so stredným zákalom, stredným osušením a prípadným šúpaním epitelu, alebo aj jednoznačne viditeľným šúpaním epitelu, stróma s ľahkým až stredným arkusom, prípadne v periférii superficiálny opacit, s niekoľkými záhybmi Descemetovej membrány, so strednou hustotou stredne veľkých endotelových buniek rovnakej veľkosti, s prítomnosťou niekoľkých necentrálnych vakuolizovaných buniek alebo s prítomnosťou viac rovnomerne distribuovaných vakuolizovaných buniek, s počtom 2000 - 2500 endotelových buniek na 1mm^2 .

4. *Prijateľná rohovka:* epitel so stredným až ťažkým zákalom, so stredným až ťažkým osušením a šúpaním, v stróme periférne až paracentrálne opacity s ľahkým, stredným až ťažkým arkusom strómy, s niekoľkými až početnými záhybmi Descemetovej membrány, s nízkou hustotou veľkých endotelových buniek rovnakej veľkosti, s prítomnosťou viacerých necentrálnych vakuolizovaných buniek alebo viac rovnomerne distribuovaných vakuolizovaných buniek, s počtom 1500 - 2000 endotelových buniek na 1mm^2 .

5. *Nedostatočná rohovka:* so stredným až ťažkým zákalom, osušením, ošúpaním, s defektmi strómy paracentrálne až centrálné, s početnými záhybmi Descemetovej membrány paracentrálne až centrálné alebo difúzne, s veľmi nízkou hustotou veľmi veľkých endotelových

buniek, s početnými vakuolizovanými bunkami, s počtom pod 1500 endotelových buniek na 1mm^2 (Biró Klocháňová 2015).

ZÁVER

Reumatoidná artritída je častá, závažná systémová zápalová choroba postihujúca kĺby. Postihnuté sú všetky vekové skupiny. Choroba je multifaktoriálna, heterogénna. Podľa veľkých celosvetových štatistických analýz reumatoidná artritída skracuje dĺžku života až o 10 rokov. V rámci priebehu a prejavov reumatoidnej artritídy sú veľmi časté a závažne mimo kĺbové postihnutia. Medzi jedny najzávažnejšie patria oftalmologické komplikácie vyvolané ukladaním cirkulujúcich imunokomplexov do ciev, ktorých morfológickým podkladom je vaskulárna fibrinoidná nekróza. Prevažne sa jedná o periférnu ulceróznu keratitídu (PUK), ktorá sa vyskytuje v rámci reumatoidnej artritídy až v 34%. Prevažne je asociovaná ešte nekrotizujúcou skleritídou, episkleritídou, ktoré ešte zhoršujú stav pacientov. Bolo zistené, že úmrtnosť pacientov s reumatoidnou artritídou v spojitosti PUK je ešte vyššia v rámci 10 ročného obdobia o 50%. Periférny ulcerózny zápal rohovky postihuje perilibálnu časť rohovky. Limbus spojovky v rámci spojitosti s perifériou rohovky má z hľadiska morfológickej stavby a imunitných mechanizmov odlišné postavenie ako bezcievna časť centra rohovky. Z morfológického hľadiska limbus so svojou kapilárnou sieťou komunikuje s perifériou rohovky, kde sa môžu ukladať cirkulujúce imunokomplexy. Ukladanie sa cirkulujúcich imunokomplexov v terminálnych koncoch limbálnych ciev iniciujú imúnnu vaskulitídu. Vývoj periférnej ulceróznej keratitídy v spojitosti systémovou chorobou predstavuje zhoršenie resp. komplikáciu potenciálne život ohrozujúcej choroby. Sprievodná nekrotizujúca skleritída môže viesť k perforácii rohovky a k strate videnia. Pri perforáciách rohovky je jednoznačne indikovaná keratoplastika. Výsledky praktického hodnotenia rohoviek v štrbinovej lampe a v spekulárnom endotelovom mikroskope z hľadiska požiadaviek keratoplastiky na základe dobrej laboratórnej práce sú najdôležitejšie, lebo rozhodujú o kvalite rohovky, ktorá na základe týchto výsledkov sa klasifikuje do päť skupín hodnotiacej škály v rámci celkového hodnotenia rohoviek, čo v podstate rozhoduje o tom, či rohovka sa bude transplantovať alebo nie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BIRÓ KLOCHÁŇOVÁ, S. 2015. *Práca laboranta v očnej banke v rámci prípravy rohoviek k transplantácii* : bakalárska práca. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2015. 73 s.
- BIRÓ KLOCHÁŇOVÁ, S. 2017. *Klinické a morfológické zmeny pri najčastejších ochoreniach rohoviek vedúce ku keratoplastike*: diplomová práca. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2017. 84 s.
- BUC, M. 2016. *Autoimunita a autoimunitné choroby*. 2. vydanie. Bratislava : VEDA, 2016. 667. ISBN 978-80-224-1511-8.
- ROVENSKÝ, J. 2008. Reumatoidná artritída – klinický obraz, diagnostika, liečba. In *Via Practica*. ISSN 1336-4790, 2008, 5, 1, s. 6-13.
- YAGCI, A. 2012. *Update on peripheral ulcerative keratitis*. In *Clinical Ophthalmology*. ISSN 1177-5483, 2012, 6, 747–754.
- ZÁKON č. 317/2016 Z. z. o požiadavkách a postupoch pri odbere a transplantácii ľudského orgánu, ľudského tkaniva a ľudských buniek a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa na autorov:

Bc. Stanislava Biró Klocháňová, MUDr. Csaba Biró, PhD.

Očná klinika – Očná banka SZU a UNB

Antolská 11

851 07 Bratislava

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A JEJÍ OBSAHOVÉ VYMEZENÍ S OHLEDEM NA OBLASTI SEBEPÉČE

ČÁPOVÁ Petra, KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Smyslem tohoto příspěvku bude srovnat nejpoužívanější ošetřovatelský přístup sestry k pacientovi a sestavit nejvhodnější ošetřovatelskou anamnézu s ohledem na oblasti sebepéče, která vychází z modelu M. Gordon a teorie deficitu sebepéče D. E. Orem. Oba ošetřovatelské přístupy jsou zkoumány a porovnávány z pohledu základních teoretických východisek, komunikace, diagnostického procesu, cílů ošetřovatelské péče a kompetencí sester. Pozornost je také věnována tomu, do jaké míry se pacient podílí na procesu péče a odpovědnosti. Vysvětleny budou i pojmy, jako je ošetřovatelský proces, ošetřovatelská anamnéza, pojem sebepéče a její základní oblasti, a v neposlední řadě některé konceptuální modely zabývající se sebepéčí.

Klíčová slova: Konceptuální model. Ošetřovatelská anamnéza. Ošetřovatelský proces. Sebepéče.

ÚVOD

Ošetřovatelství se neustále vyvíjí a obměňuje, ošetřovatelské anamnézy jsou v každém zařízení jiné, tudíž nejednotné. Nelze jasně určit, který model je vhodný pro sestavení ošetřovatelských anamnéz. K tomu slouží nejen rozvíjející se poznatky v oblasti lékařské vědy, ale i neméně podstatná teorie ošetřovatelství z oblasti působení sester. Spolu s již zmíněným progresem v medicínské oblasti tak vytváří vhodný základ pro aktivní fungování pacienta do pozdního věku, čímž dochází k výraznému zkvalitnění jeho života. Smyslem tohoto příspěvku je nalézt vhodnější koncepční model, kde lze uplatnit ošetřovatelskou anamnézu zaměřenou na oblasti sebepéče. Porovnávali jsme dva konceptuální modely, a to model M. Gordon a D. E. Orem. Pro ošetřování pacientů je důležité zpracovávat ošetřovatelskou anamnézu dle konceptuálního modelu, protože nám poskytuje určitý pohled, naznačuje, co konkrétního pozorovat, čeho si

více všimát a nad čím přemýšlet. V neposlední řadě by nám měl model pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou péči, jelikož je užitečný především ve způsobu uspořádaného myšlení, pozorování a k objasnění vypořádaného a zjištěného. Ze své praxe můžeme potvrdit, že spokojený pacient je tou nejlepší odměnou pro náročnou každodenní práci sestry.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetrovatelská anamnéza je obsažena v první fázi ošetrovatelského procesu. Sestra nejprve zjišťuje pacientovy problémy a jejich naléhavost. Toto zjištění probíhá na základě rozhovoru s pacientem. Sestra hodnotí stav pacienta z ošetrovatelského hlediska. Na rozdíl od anamnézy lékařské hodnotí více způsob života, pacientovu soběstačnost a její vnímání jím samým či jeho reakce na samotnou nemoc nebo pobyt ve zdravotnickém zařízení. Vstupní rozhovory mají význam pro stanovení další léčby, a proto by měly být uskutečněny co nejdříve po hospitalizaci, umožňuje-li to zdravotní stav pacienta. Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetrování, měla by být informována o stavu pacienta. Nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví i nemoci před hospitalizací. Proto je nezbytně nutné, aby v první fázi ošetrovatelského procesu provedla sestra kvalitativní zhodnocení pacienta a získala o něm co možná nejvíce informací. Její otázky nemohou být zaměřeny pouze na zjišťování současného zdravotního stavu pacienta, protože toto zdánlivě nepodstatné poznání deficitů v potřebách může významně ovlivnit další ošetrovatelskou péči.

V první fázi ošetrovatelského procesu se sestra rozhoduje podle zvoleného konceptuálního modelu ošetrovatelství, který je předpokladem pro jednotlivé části ošetrovatelského procesu (např. Model D. E. Orem – ze schopnosti pacienta být soběstačným. Model V. Henderson zas vychází z teorie lidských potřeb, kdy je teorie zaměřena na posouzení lidského jednání ve smyslu sebepéče. Model M. Gordon zas vychází z humanistické psychologie a filosofie holismu, kdy základem modelu jsou funkční vzorce zdraví, seřazené do 13 domén). Na základě zhodnocení pacienta pak sestra ve spolupráci s ním stanoví nejzávažnější poruchy potřeb, problémy a stanoví ošetrovatelskou diagnózu.

Hodnocení v první fázi ošetrovatelského procesu tvoří:

1. Ošetrovatelská anamnéza.
2. Zhodnocení současného stavu pacienta.

Nejdříve však zjistíme u pacienta důležité informace:

- **identifikační údaje** – jméno a věk, důvod přijetí k hospitalizaci, apod., které sestře umožní ihned navázat osobní kontakt s pacientem, popř. s osobou, která jej doprovází.
- **informace o současném zdravotním stavu** – při příjmu pacienta na oddělení musí sestra rychle zhodnotit závažnost jeho zdravotního stavu, intenzitu jeho obtíží a příznaků. Podle tohoto zjištění pak určí pořadí plnění ordinací lékaře a další postup v ošetrovatelské péči. V průběhu dalšího ošetrování doplňuje potřebné informace, sleduje zdravotní stav pacienta, registruje jeho změny a podle toho upravuje další postup. Ovlivňuje naléhavost další ošetrovatelské péče. Vhodnější je zvolit pozdější dobu.
- **anamnestické údaje** – pro dobrou ošetrovatelskou péči se sestra nemůže spokojit s tím, aby se orientovala pouze podle současného stavu pacienta. Je třeba vzít v úvahu také řadu celkových informací, které mohou ovlivnit ošetrovatelskou péči a pomoci pochopit pacientovy reakce. Tuto oblast tedy tvoří vlastní anamnestické údaje z oblasti zdravotní, psychologické i sociální. V oblasti zdravotní by měla sestra mj. zjistit, zda si pacient sebou přinesl i léky, které dlouhodobě užíval doma. Lékař může při přijetí naordinovat jiné léky, a proto by o této skutečnosti měl pacienta informovat a vysvětlit mu důvody této změny (Žiaková, 2005).

Význam dobře provedeného hodnocení nemocného

- Pacient je mnohem více chápán jako celek včetně sociálních a psychologických aspektů. Sestry znají pacienty mnohem lépe jako člověka, přestává být „tělem na lůžku.“
- Hodnocení umožňuje vyhledat specifické problémy a potřeby ošetrovatelské péče u nemocného, usnadňuje sestře tak uspokojovat tyto potřeby formou ošetrovatelského procesu.
- Vede k vytvoření dobrého stavu spolupráce a důvěry mezi sestrou a pacientem.
- Dává pacientovi příležitost, aby se mohl ptát na věci, kterým nerozumí.
- Umožňuje včas informovat pacienta o dalším postupu a tím ho trvale získávat k aktivní účasti při sebestarání

- Umožňuje sestře získat ke spolupráci v ošetrovatelské péči i rodinu pacienta.
- Umožňuje každému, kdo o nemocného pečuje, určitý stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce.
- Péče je koordinovaná a plynulá, protože informace o pacientovi jsou k dispozici všem, kteří pacientovi poskytují ošetrovatelskou péči (Vondráček, 2008).

VYMEZENÍ KONCEPTŮ SEBEPÉČE

Pojmem sebezpečie označujeme schopnosti človeka pečovat o vlastní tělo nebo tělesné funkce, které patří mezi jeho základní potřeby. Saturovanost těchto potřeb odráží mimo jiné úroveň aktivity jedince. Proto oblast sebezpečie spadá do 4. domény a zjištěné údaje významně korespondují s údaji z 5. třídy 4. domény Aktivita/odpočinek. Zhodnocení sebezpečie a soběstačnosti je důležité pro stanovení priorit ošetrovatelské péče a způsobů provádění všech druhů intervencí. S pojmem sebezpečie je především spojováno jméno Dorothey Elisabeth Orem. Ta definuje pojem sebezpečie jako *„vědomé chování, čili jednání človeka (jako lidskou regulatorní funkci), které jedinci iniciují a provádějí ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví“* (Orem, s. 43, 2001). Pochopení sebezpečie jako jednání ovlivněné vnitřními a zevními faktory pomáhá poskytovatelům péče popsat systém sebezpečie jedince a odhalit, který systém podpory pro něj bude nejlepší. Z pohledu pomáhajících profesí se jedná o určitý druh jednání, který se odehrává ve společnosti a je v sociologii označován jako „sociální jednání“, jehož základním rysem je zaměřenost na druhé lidi a pochopení smyslu a významu jejich jednání. K tomuto aspektu je možné přiřadit ještě záměr jednání s ohledem konat dobro pro sebe, případně druhé, a respektovat při tom názory druhého v interakci, jeho hodnoty a autonomní volbu.

Vlivy působící na úroveň sebezpečie: věk, pohlaví, tělesná konstituce, úroveň tělesných funkcí, především motorických a neurologických, úroveň fyzické aktivity a pohybu, úroveň psychické aktivity, typ osobnosti, pohoda, stres, úzkost, strach, deprese, nesnášenlivost činností, chybění motivace, úroveň kognitivních funkcí, poruchy – demence, charakter sociálních vztahů, rodinného prostředí, sociální stav pacienta – možnosti pomoci, návyky, zlovyky, zdravotní stav, nemoc, celkové onemocnění, vliv bolesti, dyskomfortu, charakter terapie – (imobilizační obvazy, periferní žilní katetr, permanentní močový katetr, chemoterapie,

operační výkony, stomie), kulturní a sociální prostředí, multikultura, socioekonomická situace, klima domácího prostředí, přírodní klimatické podmínky (Halmo, 2014).

D. E. Orem chápe sebeděči jako jednu z lidských funkcí, při níž jde o požadavek osvojení si a použití vědomostí pro provedení externích a interních postupů jednání v sebeděči. Mezi externě orientované jednání D. E. Orem řadí aktivity zaměřené na vyhledávání vědomostí, podpory a využití rezerv, interpersonální jednání a jednání zaměřené na kontrolu externích faktorů. K interně orientovanému jednání pak náleží kontrola jednání vlastní osoby (myšlení, pocity, orientace) a regulace vnitřních faktorů (Orem, 1997).

D. E. Orem stanovila 3 teorie v modelu sebeděče:

„1. *Teorie sebeděče,*

2. *Teorie deficitu sebeděče*

3. *Teorie ošetrovatelských systémů*“ (Halmo, s. 43, 2014).

Teorie sebeděče - Je to naučená cíleně orientovaná činnost neboli soubor praktických činností. Za klíčové období je považováno dětství. Činnosti jsou zaměřené na aktivizaci sebeděčovateľského chování jedince. Jedinec musí odhadnout situaci, rozhodnout se a umět vykonat činnosti. D. E. Orem stanovila tři druhy požadavků na schopnost sebeděče:

a) univerzální požadavky sebeděče, které souvisejí se základními životními funkcemi a procesy. Patří sem dostatečný příjem vzduchu, potravy a tekutin, správná funkce vylučování, rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem, rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou, rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi ohrožující život a zdraví, podpora fyziologicky optimálního stavu.

b) vývojové požadavky sebeděče, které jsou spojené s růstem, vývojem a životními etapami nebo obdobími jedince. Sem patří nynější životní fáze (změny při přechodu do další fáze), krizové a zátěžové situace a události, které narušují růst a vývoj jedince.

c) terapeutické požadavky sebeděče, které zahrnují požadavky při poruchách zdraví. Sem patří následky onemocnění, diagnostické, terapeutické a rehabilitační výkony, adaptaci organismu, dyskomfort a negativní následky lékařské péče a edukace při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatřeních. Výsledkem správného řízení sebeděče je selfmanagement – sebeřízení (Halmo, 2014).

Teorie deficitu sebekpěče - Bývá většinou spojený s propuknutím nemoci nebo jiným narušením zdraví. Výjimkou je tělesný handicap. Deficit sebekpěče je definován jako nerovnováha mezi požadavky jedince a bývá důvodem k poskytnutí ošetrovatelské péče. D. E. Orem stanovila pět způsobů pomoci jedincům s deficitem sebekpěče, které může sestra používat jednotlivě nebo v kombinaci.

- Sestra vykonává za pacienta.
- Usměruje a vede pacienta.
- Podporuje pacienta.
- Zařídí vhodné prostředí.
- Edukuje pacienta (Pavlíková, 2006).

Teorie ošetrovatelských systémů - Představuje vlastní činnosti sestry. D. E. Orem stanovila 3 ošetrovatelské systémy:

- podpůrně výchovný systém – kdy jedinec zvládne sebekpěči sám, ale potřebuje poradit nebo vysvětlit určité věci
- částečně kompenzující systém – kdy si pacient částečně dokáže pomoci sám a částečně mu pomáhá sestra
- úplně kompenzační systém – kdy sestra přebírá péči o pacienta sama (Pavlíková, 2006).

Dalším konceptuálním modelem zabývajícím se sebekpěčí je konceptuální model M. Gordon, nazývaný Model funkčních vzorců zdraví. Těchto 12 vzorců bylo přeneseno do 13 domén, které jsou součástí NANDA international klasifikace ošetrovatelských diagnóz. Základem modelu M. Gordon jsou funkční vzorce zdraví, tj. optimální účelné vzorce chování člověka, které při zohlednění věku a kulturního prostředí přispívají ke zdraví, kvalitě života a k využití lidského potenciálu. Reakce pacienta jsou zachyceny ve 13 oblastech, a to vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, percepce, sebepercepce, plnění rolí, sexualita a reprodukční schopnost, stres a zátěžové situace, víra, přesvědčení a životní hodnoty, bezpečnost, komfort, růst a vývoj, z nichž většina najde své uplatnění i u seniorů. Ošetrovatelský plán sestavený podle tohoto modelu je však mnohem více zaměřen na činnosti vykonávané sestrou než samotným pacientem. Vychází z biologického hlediska a zdraví považuje za rovnováhu bio-psycho-sociálních vzájemných vztahů, které jsou

ovlivněny vývojovými a spirituálními faktory. Na jedince nahlíží holisticky, mající společné funkční vzorce, které souvisejí s jejich zdravím a kvalitou života (Archalousová, 2005).

Informace o možnostech uspokojení potřeb vycházejí z koncepce Virginie Henderson. Tato americká sestra byla průkopnicí ošetrovatelství a významně se zasloužila o jeho rozvoj ve 20. století. Jako první vymezila základní principy ošetrovatelské péče, z nichž vycházely všechny další koncepce a modely ošetrovatelství, zaměřené více na osobu a její problémy než na nácvik ošetrovatelských výkonů. Teorie lidských potřeb V. Henderson vychází z pozice jedince jako nezávislé, celistvé osobnosti, kterou tvoří 4 základní složky – biologická, psychologická, sociální a spirituální. Jedinec má 14 základních potřeb a cílem je dosažení nezávislosti v jejich uspokojování. Tomu pak odpovídají příslušné ošetrovatelské činnosti sester. Sestra zjistí a identifikuje oblasti, ve kterých pacient potřebuje její pomoc, dále naplánuje zásahy pomoci a začne je provádět. Pokud se dostaví očekávané zlepšení zdravotního stavu, vedoucí ke zvyšování soběstačnosti pacienta, sestra dle toho upraví plány péče. Následně je pak důležitá i edukace členů rodiny, kteří do domova pro seniory za pacientem docházejí a mohou tak rovněž oni přispívat k udržení jeho nezávislosti při uspokojování dané potřeby. Cílem je tak maximalizace pocitu duševní a tělesné pohody pacienta, která vychází rovněž z jeho individuality, věku, emočních pocitů, schopností aj. Základní potřeby dle tohoto modelu jsou: 1) fyziologické dýchání, 2) adekvátní příjem potravy a tekutin, 3) fyziologické vylučování, 4) samostatný pohyb a udržování vhodné polohy, 5) spánek a odpočinek, 6) vhodný oděv, oblékání a svlékání, 7) udržování fyziologické tělesné teploty, 8) udržování tělesné čistoty, 9) vyhýbání se rizikům z prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých, 10) komunikace s ostatními, vyjadřování názorů, potřeb, emocí, obav, 11) možnost svobodného vyznání víry, 12) pocit smysluplné práce, 13) účast na různých formách odpočinku, zábavy a relaxace, 14) učení, zvědavost, objevování nového. Čím více potřeb zvládá pacient sám, tím více je jeho život plnohodnotnější (Pavlíková, 2006).

Tento uvedený přehled je velice dobrým návodem, na co se zaměřit zejména při vstupním hodnocení pacienta. Je nejrozšířenějším a nejčastěji používaným konceptem v mnoha nemocnicích u nás i v zahraničí.

POROVNÁNÍ MODELŮ ZAMĚŘENÝCH NA SEBEPÉČI

Porovnáním modelů D. E. Orem a M. Gordon zjistíme, že při využití konceptuálního modelu M. Gordon nám vyplynou problémy, ze kterých sestra určuje a stanovuje ošetrovatelské diagnózy. Na základě toho je vypracován přesný diagnostický algoritmus dysfunkčních potřeb pro využití v praxi. Stále častěji se však setkáváme s taxonomií ošetrovatelských diagnóz, která sjednocuje názvosloví a dává možnost systematického třídění. Nejčastěji se používá NANDA systém. V doméně č. 4 tř. 5 je v současnosti vymezených 5 ošetrovatelských diagnóz zaměřených na sebekéči. U modelu D. E. Orem dochází k odkrytí deficitů sebekéče, a to nejen v důsledku zdravotních překážek, ale i díky stáří a s ním spojených problémů. Pro rozlišení deficitu sebekéče při sestavování ošetrovatelských anamnéz vycházíme z těchto 4 oblastí: stravování, oblékání, koupání, vyprazdňování. Všechny tyto 4 oblasti jsou zahrnuty v NANDA taxonomii v doméně č. 4 třídě 5 (Nanda International, 2015).

Model Gordonové se zaměřuje více na činnosti vykonávané sestrou než pacientem a neotvírá tak možnosti pro vlastní rozhodování sester jako model D. E. Orem, který je zaměřen na rozvoj sebekéče a využívá především vlastních sil a možností pacienta, čímž mu napomáhá ke zlepšení nalezeného deficitu. Dochází tak zároveň ke zlepšení pacientova zdraví a kvality jeho života. Je však zase oproti modelu D. E. Orem jednodušší a pro sestry při aplikaci srozumitelnější. Avšak anamnéza sestavená dle D. E. Orem je pro sestry přehlednější a ucelenější a tudíž se i více hodí do péče o seniory. Hlavním důvodem je poznání, že v každé hledané oblasti se prakticky okamžitě mohou zabývat zjištěnými problémy a zároveň tak společně s pacientem najít vhodný způsob, jak nalezený problém vyřešit. Model tak dostatečně vyjadřuje nejen nedostatky, ale současně i potřeby, které jsou u pacienta nalezeny při sběru informací. Oproti tomu M. Gordon umožňuje sestře rozeznávat funkční nebo dysfunkční chování u pacienta, přičemž dysfunkční chování je známkou aktuálního onemocnění člověka. Avšak senior má již většinou své nemoci chronického původu, a proto potřebuje spíše pomoci s deficitem soběstačnosti. Dále při sběru informací a sestavování ošetrovatelské anamnézy dle koncepčního modelu D. E. Orem nenacházíme nikde oblast hygieny, přestože model D. E. Orem je výhradně zaměřen na sebekéči ve všech oblastech. Oproti tomu sběr informací a sestavování ošetrovatelské anamnézy dle modelů V. Henderson a M. Gordon zahrnuje všechny 4 oblasti.

V těchto oblastech získáváme informace o míře samostatnosti pacienta vykonávat denní aktivity stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování a také udržování domácnosti, o způsobech vykonávání denních aktivit, o zvyklostech pacienta - návyky hygienické, v oblékání, ve stravování, ve vyprazdňování, vliv původní rodiny, o nárocích na uspokojování základních potřeb, o denním režimu pacienta, o vynaloženém úsilí, námaze a energii při sebeděči, o kvalitě vykonání denních aktivit, o potřebě dopomoci, péče či podpůrných pomůcek, úpravách domácího prostředí ke zvládnání denních aktivit, o charakteru a míře pomoci z řad jednak rodinných příslušníků, přátel, sousedů, komunity nebo z řad profesionálů, o faktorech, které ovlivňují sebeděči a soběstačnost pacienta.

Pro srovnání lze také uvést skutečnost, že pro zjištění funkční úrovně sebeděče při klasifikaci dle M. Gordon (hodnocení celkové pohyblivosti, schopností najíst se, umýt se, vykoupat se, upravit se, obléci se, dojít si na toaletu, pohybovat se na lůžku, udržovat domácnost, nakoupit si, uvařit si) je užíváno šest stupňů funkčních úrovní od 0 do 5 v následujícím členění: úroveň 0 - nezávislý, plně soběstačný pacient, úroveň 1 - potřebuje minimální pomoc, používá sám pomůcky a zařízení, sám zvládne 75% činností, úroveň 2 - potřebuje menší pomoc, dohled, radu., sám zvládne 50% činností, úroveň 3 - potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25% činností, úroveň 4 - zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled úroveň, úroveň 5 - absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast; potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat. Srozumitelnost tohoto členění je dalším důvodem oblíbenosti modelu M. Gordon u sester. Oproti tomu model D. E. Orem tento typ škálování nepoužívá, je proto náročnější pro sestry vzhledem k potřebě podrobného popisu deficitu ve vztahu sestra - pacient. Může však zase díky tomu vyjádřit deficit sebeděče přesněji.

U obou výše zmíněných modelů byl zjištěn fakt, že pro pacienty je lepší používat při rozhovoru otevřené otázky, které dávají pacientovi možnost se vyjádřit a sestře blíže pochopit a identifikovat jeho problém. Metoda otevřených otázek je tudíž lepší, nežli možnost zaškrtnutí pouze navržených variant. Lze tedy říci, že se sestry lépe zabývají problémem, na který je daná otázka zaměřena.

Dále byla zjištěna skutečnost, že při sestavování ošetřovatelských anamnéz u pacientů používají sestry pro hodnocení zdravotního stavu pacienta model M. Gordon, který je ve většině zařízení nastaven v informačním systému. Vzhledem ke skutečnosti, že výuka

většiny sester v minulosti koncepční modely nezahrnovala, neznají sestry teoretická východiska modelů ani fakt, že se každodenně ve své praxi s tímto modelem setkávají. Je to dáno i transformací ve zdravotnictví a neustále se měnícím systémem vzdělávání v tomto zdravotnickém oboru.

Při sběru dat do ošetřovatelských anamnéz u obou zmíněných modelů dokáží sestry, které již mají zkušenosti s koncepčními modely, lépe komunikovat s pacientem. Nezabývají se otázkami, které jsou v dokumentu anamnézy dané, ale pokládají i otázky doplňující. Zatímco sestry, které neznají koncepční modely, se zabývají pouze otázkami, které naleznou v daných anamnézách, ať již M. Gordon nebo D. E. Orem. Při vyplňování dokumentace dle konceptu D. E. Orem se pacienti více zapojují do otázek, které jsou jim oproti modelu M. Gordon bližší a pro ně tím pádem zajímavější. Jedná se o otázky jejich deficitu soběstačnosti. U obou zmíněných modelů je sestavení ošetřovatelské anamnézy poměrně náročný administrativní výkon trvající přibližně kolem 2-3 hodin. Pacient se tak po určité době přestává na kladené dotazy soustředit, proto je nutné volit takovou dobu provádění rozhovorů, která bude vyhovovat pacientovi. Nelze se rozhodovat podle toho, kdy má sestra čas, jelikož pacient nemusí být na rozhovor připraven. Rozhovor ke sběru údajů o zdravotním stavu pacienta by měl tedy být předem domluven.

Dalším zjištěním byl i fakt, že v žádné z anamnéz podle již zmíněných konceptuálních modelů nejsou v ošetřovatelské anamnéze shrnuty hodnotící a měřící posuzovací techniky nebo škály, ač jich je nepřeborné množství. Dle našeho názoru by měly tyto škály být zařazeny ve všech sběrech informací o pacientovi a tudíž i ve všech konceptuálních modelech.

ZÁVĚR

Tento příspěvek byl zaměřen na obsahové vymezení ošetřovatelských anamnéz s ohledem na sebepěči. V moderním ošetřovatelství je velmi důležité zpracovávat ošetřovatelskou anamnézu podle vybraného konceptuálního modelu. Proto byly vybrány dva modely, zaměřené na sebepěči, a to model M. Gordon a D. E. Orem. Model M. Gordon vychází z 12 funkčních vzorců zdraví a sestře tím umožní určit, zda se u pacienta jedná o funkční nebo dysfunkční chování pacienta. Dysfunkční chování nás upozorní na potenciální problémy. Pokud je takový vzorec zjištěn, sestra jej musí identifikovat, označit, vytvořit ošetřovatelskou diagnózu

a postupně tak dokončit ošetrovatelský proces. Tento model tudíž splňuje požadavky na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta. Pro další kroky ošetrovatelského procesu je však vhodné jej zkombinovat s jiným ošetrovatelským modelem či teorií. Tento model je vhodný pro využití v nemocnicích. Model D. E. Orem vychází ze zkušeností, které sestra získala v průběhu své praxe. Jsou patrné rozdíly mezi lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Pokud u pacienta vznikne porucha sebezpečí, potřebuje pomoc prostřednictvím péče ošetrovatelské. Proto je cílem tohoto modelu zjistit u pacienta takovou úroveň sebezpečí, aby si udržel kvalitní zdravotní stav. Tento model je využitelný především v domovech pro seniory. Modely se proto mohou realizovat v ošetrovatelském procesu v několika krocích. Pokud sestra aplikuje tento model do praxe u pacienta, zjistí, v jakých oblastech sebezpečí potřebuje pouze podporu, pomoc a které si zajistí sám. To vede k rychlejšímu uzdravení pacienta a k vytvoření nových návyků, které nahradí porušené činnosti sebezpečí.

Dále bylo vyzorováno, že sestavení ošetrovatelských anamnéz u obou konceptuálních modelů obsahuje některé oblasti, které jsou při zjišťování zdravotního stavu a soběstačnosti pacienta zbytečné pro oblasti sebezpečí, naopak některé činnosti nebo otázky by tam sestry rády dodaly. U modelu D. E. Orem chybí oblast hygieny. Je tedy nutné ošetrovatelské anamnézy propracovat. Některé anamnézy si zdravotnická zařízení tvoří sama.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ARCHALOUSOVÁ, A. - SLEZÁKOVÁ, Z. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové : Nucleus HK. 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
- HALMO, R. 2014. *Sebezpečí v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s. 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
- HRSTKOVÁ, P. 2010. Model Dorothy Elisabeth Oremové. In *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 10, s. 46-47. ISSN: 1210-0404.

- JAROŠOVÁ, D. - SIKOROVÁ, L. - MAREČKOVÁ, J. - PAJOROVÁ, H. 2010. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení seniorů jako příklad dobré praxe. Cesta k modernímu ošetřovatelství*, 2010. s. 83-84. ISSN 1212-4117
- NANDA INTERNATIONAL. 2015. *Ošetřovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2015- 2017*. 2015. 1. české vydání. Praha : Grada Publishing, a.s. 2015. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- OREM, D. E. 2001. *Nursing Concepts of Practise*. 6. vydání. USA : A Hartcourt Health Sciences Company. 2001. ISBN 0-323-00864-X.
- OREM, D. E. 1997. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden : Ullstein Mosby GmbH & Co. KG. 1997. ISBN 3-86126-548-6.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., dotisk 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
- POLEDNÍKOVÁ, E. a kol. 2009. *Sestra a senior při strátě sebaopaterky*. In *Kontakt*. 2009. roč. I, č. 1., s. 124-130. ISSN 1212-4117.
- Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004, metodické opatření, koncepce ošetřovatelství
- VONDRÁČEK, L. 2008. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vydání Praha : Grada. 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, dostupné na internetu: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.
- ŽIAKOVÁ, K. - JAROŠOVÁ, D. - ČÁP, J. 2005. *Konceptuální modely a teorie ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita. 2005. 234 s. ISBN 80-7368-068-8.

Kontaktní adresy autorek:

Bc. Petra Čápková

Chotovická 1748/3

Praha 8, 182 00

E mail: capova.petra@seznam.cz

Tel: 603-204 824

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi Rožňava

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

m.kilikova@gmail.com

ZMĚNY SYSTÉMU VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V ČESKÉ REPUBLICE PO ROCE 1989

ČEJKOVSKÁ Božena, KOVAŘÍKOVÁ Jana

ABSTRAKT

Příspěvek se zabývá změnami systému vzdělávání ve zdravotnictví se zaměřením na přípravu sester a zdravotnických asistentů v současném českém ošetrovatelství. Upozorňuje na změny, které se uskutečnily v moderním ošetrovatelském vzdělávání přijetím členství ČR do EU, a které se dotýkají přímo nelékařského zdravotnického personálu. Hlavním cílem je porovnání jednotlivých systémů vzdělávání sester v České republice po roce 1989 až po současnost při aktuálně schválené, ale i připravované změně legislativy vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Výsledky jsou prezentovány metodou SWOT analýzy.

Klíčová slova: Celoživotní vzdělávání. Sestra. Specializační studium. SWOT analýza. Všeobecná sestra. Vysokoškolské studium. Vzdělání sester. Zákon.

ÚVOD

Kvalifikační příprava sester prošla mnoha změnami v systému vzdělávání, proto pro úplnost a návaznost na současnost je nutné uvést historická data z této oblasti. Jak uvádí Kutnohorská (2010), již v minulosti bylo nutné řešit nedostatek pracovních sil a odborných znalostí v ošetrovatelství. Podle školského zákona z roku 1948 došlo ke sloučení dvouletých ošetrovatelských, rodinných a sociálních škol. Byly přejmenovány na Vyšší sociálně zdravotní školy. Studium bylo čtyřleté, zakončené maturitní zkouškou. První dva roky mělo studium společný základ. V roce 1949 byly zahájeny mimořádné formy studia s možností rozšíření odborné specializace, studentky se po dvou let připravovaly na profesi zdravotní a dětské sestry nebo porodní asistentky. Dále také fungovalo dvouleté studium pro pomocné pracovníky v nemocnicích, tzv: přípravky pro pomocné dětské sestry s délkou trvání šest měsíců a přípravky pro pomocné zdravotní sestry s délkou trvání šest měsíců. V roce 1951 se začalo orientovat na konkrétní studijní obor již od prvního ročníku a bylo zkráceno na tři roky.

Podle vzoru Sovětského Svazu vznikl typ hybridních středních odborných škol. V roce 1954 se název školy změnil na Střední zdravotnickou školu. Jarošová (2006) uvádí, že studentky se začaly na svoji profesi připravovat ve 14 až 15 letech po úspěšném složení přijímacích zkoušek z matematiky a českého jazyka. Na středních zdravotnických školách bylo možné studovat několik oborů tzv. středního zdravotnického personálu. Vedle zdravotních a dětských sester to byly laboranti a v nástavbových oborech pak rehabilitační pracovníci, dietní a ženské sestry a další. Tento prototyp vzdělávání skončil přijetím posledních studentů oboru všeobecná sestra roku 2003-2004, podle zákona č. 96/2004Sb. v platném znění. Tímto zákonem byly také na vyšších zdravotnických školách ukončeny studijní obory diplomovaná sestra pro psychiatrii, diplomovaná dětská sestra a diplomovaná porodní asistentka.. V roce 1960 bylo Filozofické fakultě Karlovy university v Praze otevřeno vysokoškolské studium při zaměstnání pro sestry – odborné učitelky středních zdravotnických škol. Tomu předcházela nutnost vyššího stupně vzdělání vyučujících, které se staraly o výchovu mladých sester na odborných školách. Na základě zkušeností bylo studium prodlouženo na pět let a změnil se i název studijního oboru na „Psychologie – péče o nemocné“. V roce 1973 vznikl dálkový šestiletý obor „Pedagogika – péče o nemocné“. Roku 1980 byla otevřena i denní forma studia. Absolventky měly možnost získat po složení rigorózních zkoušek akademický titul PhD. (Mastiliaková, 2002). V rozmezí let 1987-1994 proběhlo na FFUK v Praze jednooborové studium péče o nemocné určené hlavním a vrchním sestřím (Plevová, 2008, Kutnohorská, 2010).

ZMĚNA SYSTÉMU VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER PO ROCE 1989

Po roce 1989 se začaly v Československu uskutečňovat velké změny, týkající se zdravotní politiky, a také změny v systému vzdělávání sester. Změny, které nastávaly pomalu, musely překonávat nemalé bariéry, ale pro budoucnost byl význam těchto změn značný. Vyplývaly z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie. Kdy Evropská komise doporučila, aby byly v dalších letech sestry vzdělávány na vysokoškolské úrovni. Podstatné Evropské strategie SZO pro vzdělání sester a porodních asistentek měly být uskutečněny ve všech zemích Evropské unie (EU) ve stanovené době.

Cílem transformace vzdělávání v oboru ošetrovatelství bylo:

- zvýšení úrovně ošetrovatelské péče, a tedy zlepšení kvality zdraví
- zajištění kompatibility vzdělávání sester v souladu s kritérii EU
- převedení středních a vyšších zdravotnických škol ze správy MZČR pod rezort MŠMT. V roce 2000 SZŠ a VOŠ přecházejí ze správy MŠMT pod krajskou samosprávu (Kutnohorská, 2010).

V roce 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb., Zákon 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, 2004), a Vyhláška č. 424/2004 Sb., která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V návaznosti na zákon č. 96/2004 Sb., byl zřízen registr zdravotnických pracovníků, kteří splňují podmínky pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Na základě žádosti, splněním kvalifikačních podmínek, zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti a prokázání účasti na celoživotním vzdělávání je žadatelům vydáno osvědčení, na základě něhož je držitel oprávněn vykonávat povolání bez odborného dohledu v zemích Evropské unie. Celoživotní vzdělávání může být uskutečňováno prostřednictvím akreditovaných vzdělávacích programů, certifikovaných kurzů a specializačním vzděláváním. Akreditaci uděluje ministerstvo zdravotnictví na základě posouzení odborné akreditační komise (Věstník MZ ČR: Koncepce ošetrovatelství. 2004). 1. září 2004 bylo zahájeno studium nového oboru zdravotnický asistent. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy od 1. září 2005 počínaje prvním ročníkem rozšířilo možnost odborného zdravotnického vzdělávání na zdravotnickém lyceu. Absolvent dosáhl úplného středního odborného vzdělání, které bylo zakončeno maturitní zkouškou. Studium tohoto oboru nezískal absolvent způsobilost zdravotnického pracovníka umožňující vykonávat činnosti bez odborného dohledu. Mohl, však pokračovat ve studiu na navazujících typech škol bylo možné. V roce 1992 byla na lékařských fakultách otevírána studia bakalář ošetrovatelství a na ně navazující magisterské programy. Studium bylo umožněno prezenční i kombinovanou formou pro sestry z praxe. V akademickém roce 2008/2009 byl na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích spolu s Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice akreditován doktorský studijní program ošetrovatelství (Tóthová, 2008).

V současné době proběhlo v parlamentu druhé čtení návrhu novely Zákona 96/2004 Sb. Změna zákona zcela jistě zajímá sestry a zdravotnické a týká se níže uvedených oblastí:

Systém registrace a získávání kreditů se ruší (nejen pro sestry, ale pro všechny obory).

Celoživotní vzdělávání je nadále povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky, ale nebude se prokazovat počtem kreditů. Rovněž je zrušena registrace jako podmínka k výkonu povolání bez odborného dohledu a zkoušky, které mohly nahradit praxi či kredity k registraci.

Ruší se tedy také průkaz odbornosti k zápisu kreditů, označení „registrovaná/ý“ a celý registr registrovaných pracovníků v NCONZO v Brně.

Zdravotničtí asistenti se stávají praktickou sestrou. Odborná způsobilost k výkonu povolání praktické sestry se získává mj. absolvováním střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra, nebo střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2018/2019.

Tzv. Systém 4+1 může být aplikován místo původního systému 4+3.

Zdravotničtí asistenti – nově praktické sestry (a také zdravotničtí záchranáři, porodní asistentky nebo určitá část dětských sester) mohou získat vzdělání všeobecné sestry absolvováním nejméně jednoletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na VOŠ – studium končí absolutoriem a absolvent ročního studia získává neakademický titul DiS., stejně jako absolventi klasického tříletého studia (4+1)

Nadále samozřejmě platí, že zdravotnický asistent (praktická sestra) může získat způsobilost všeobecné sestry klasickým tříletým studiem na VOŠ či VŠ (4+3) a zkrácené jednoleté studium nebude přístupné absolventům jiných středních škol např. gymnázií.

Odborný dohled u praktických sester (dříve ZA) se ruší.

Praktická sestra, dříve ZA, bude vykonávat svoje povolání bez odborného dohledu. Na tvorbu činností praktické sestry bude stanovena pracovní komise se zástupců poskytovatelů zdravotních služeb. MPSV bude připomínkovým místem v rámci legislativního procesu.

Dětská sestra se vrací jako kvalifikační (nikoli již specializační) studium.

Odborná způsobilost k výkonu povolání dětské sestry se nově získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu dětských sester nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole nebo nejméně jednoletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole po získání způsobilosti k výkonu povolání praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře a porodní asistentky. Dříve

získaná způsobilost dětské sestry zůstává nedotčena. **Znamená to, že i zdravotnický asistent – nově praktická sestra se může stát po ročním studiu VOŠ dětskou sestrou.**

SWOT analýza návrhu změn Zákona 96/2004 Sb.

SWOT analýza má 4 bloky nazývané: Silné stránky, Slabé Stránky, Příležitosti a Hrozby. Do těchto bloků byly zpracovány údaje ze všech dosažených zdrojů (rozhovory, dotazníkový formulář, důležité informace z aktuálního připravovaného zákona, konzultace i volně z dostupných zdrojů). Na základě vstupních dat byly vyhodnoceny informace pro zadání do jednotlivých bloků a současně byla nastavena jejich důležitost a hodnocení. Hodnota důležitosti určuje, jak která informace uvedená v bloku má kvantitativně vyšší hodnotu/důležitost pro daný průzkum. Důležitost se rozdělí mezi jednotlivé informace v daném bloku v poměru, který stanovujeme sami. Musí být však splněno, že součet všech hodnot důležitostí v daném bloku = 1. Tedy např. v případě třech informací v bloku mohou mít tyto hodnoty důležitosti: 0,2 0,3 a 0,5, jejichž součet = 1.

Hodnocení je další volba, jež určuje měřítko hodnocení úspěšnosti dané informace. Zde v našem modelu používáme hodnocení známkováním 1-5. Hodnoty 1-5 definují, že hodnota 1 je nejhorší a hodnota 5 nejlepší. Přiřazujeme tedy hodnotu od 1 do 5, podle toho jak daná informace splňuje plnění svého cíle.

Určení hodnot důležitosti a hodnocení bylo nastaveno takto:

Silné stránky mají první informaci „Příliv“ studentů do „NO“ = Nelékařských Oborů.

Toto je jedna z nejdůležitějších položek zákona a jeden z hlavních důvodů snahy zákon prosadit. Ministr zdravotnictví Ludvík nazývá tuto vlastnost jako „Propustnost“, kterou chce docílit zvýšený zájem o studium oboru, a tím i docílení nábory kvalitních studentů, protože v ČR je nedostatek všeobecných sester. Vzhledem k důležitosti tohoto bodu je informaci přiřazena vysoká hodnota důležitosti = 0,7. Ovšem naplnění této strategie dle hodnocení respondentů je velmi nízké (pouze 10 % (14) respondentů odpovědělo kladně na otázku „Přinese tato změna navýšení počtu všeobecných sester ve zdravotnictví?“ a proto získalo nízké hodnocení 2.

- Návaznost na přípravu obsahu studia 5let - případné přijetí zákona bez přípravy osnov 1-letého doplňujícího studia + návaznost dalšího studia po dokončení 4+1
- Zrušení kreditního systému bez náhrad, znamená přesun odpovědnosti i vytváření procesů a pravidel na postgraduální, tzv. celoživotní vzdělávání na zdravotnická zařízení. 55 (40%) respondentů uvedlo obavy ze snížení kvality i kvantity vzdělávání v rámci jejich pracovní činnosti
- Potřeba reorganizace kompetencí bez připravených a přehodnocených kompetencí jednotlivých stupňů vzdělání.

Kvalifikační předpoklady přijímání sester do pracovních pozic stále předpokládají studium 4+3. Toto kritérium může posloužit k navýšení počtu sester v našem zdravotnictví, tedy že studenti s dokončeným studiem 4+1 budou mít omezení v rámci EU, a tak budou zůstávat v našem regionálním zdravotnictví. Respondenti v rámci předložených formulářů odpověděli k na otázku „Dojde po změně k zlepšení uplatnění studenta na pracovním trhu v evropské unii „takto: Odpověď u 79% (109) respondentů byla NE. Proto jsme toto kritérium hodnotili na úrovni 2.

Návaznost na přípravu obsahu studia 5let	0,2	3
Kvalifikační předpoklady EU stále 4+3	0,2	2
Zrušení kreditního systému bez náhrad	0,3	3
Potřeba reorganizace kompetencí	0,3	3

Hrozby vyplývající z hodnocení připravovaného zákona jsou zde zastoupeny třemi informacemi. Většina, tedy 130 (95%) respondentů uvedla na jasnou otázku: „Dojde po změně ke zlepšení kvalifikačních i odborných zkušeností studenta“ odpověď NE. Stejně tak zněla i odpověď na otázku: „Přinese tato změna navýšení počtu všeobecných sester ve zdravotnictví“? 121 (88%) respondentů odpovědělo NE. Třetí dotaz byl pak na zvýšení zájmu o studium nelékařských oborů. Zde byla odpověď NE pro 97 (71%) respondentů a 41(30%) respondentů odpovědělo ANO. Hodnocení u těchto tří informací jsme zvolili takto: Poměr důležitosti byl rozdělen téměř poměrně shodně a větší váhu důležitosti o 0,1 jsme nakonec přidali na stranu kvality vzdělávání. Taktéž úroveň hodnocení vyšla z vyhodnocení dotazů, kde u prvních dvou informací byl poměr ANO/NE vysoký ve prospěch NE. V případě

„Navýšení zájmu o studium nelékařských oborů“, pak už poměr ANO/NE nebyl tak vysoký, proto hodnocení v tomto případě = 3.

Nižší vzdělanost absolventů studia 4+1	0,4	4
Odstranění nedostatku sester	0,3	4
Navýšení zájmu o studium nelékařských oborů	0,3	3

ZÁVĚR

Z výsledku SWOT analýzy, která stanovila hodnotu -2,2 je patrné, že změny zákona nepřinesou požadovaný výsledek, tedy navýšení počtu sester v našem zdravotnictví i přes pravděpodobný mírný nárůst zájemců o studium. Stejně tak zákon nepřispívá k navýšení kvality vzdělanosti, zlepšení či zachování úrovně kvalifikace oborů nelékařských pracovníků.

Tabulka č. 1: SWOT analýza

		Pozitivní		Negativní/Škodlivé				
		Silné stránky		Slabé stránky				
		STRENGTHS		WEAKNESSES				
		důležitost	hodnocení	důležitost	hodnocení			
INTERNÍ	1	Přiliv studentů do oborů NZ	0,7	2	1	Návaznost na přípravu obsahu studia 5let	0,2	3
	2	Snížení výdajů na školství	0,2	4	2	Kvalifikační předpoklady EU stále 4+3	0,2	2
	3	Zjednodušení legislativy	0,1	2	3	Zrušení kreditního systému bez náhrad	0,3	3
	4				4	Potřeba reorganizace kompetencí	0,3	3
	5				5			
		Součet	2,4				2,8	
		Příležitosti		Hrozby				
		OPPORTUNITIES		THREATS				
		důležitost	hodnocení	důležitost	hodnocení			
EXTERNÍ		Přeprocování a zlepšení učeb. osnov	0,6	2	1	Nižší vzdělanost absolventů 4+1	0,4	4
	2	Úspory díky zrušení kreditního systému	0,4	2	2	Odstranění nedostatku sester	0,4	4
	3				3	Navýšení zájmu o studium nelékařských oborů	0,2	3
		Součet	2				3,8	
SWOT - výsledek				CELKEM		-2,2		
Silné stránky		2,4						
Slabé stránky		2,8						
Celkem interní		-0,4						
Příležitosti		2						
Hrozby		3,8						

SWOT Analýza změn připravovaného zákona o vzdělání nelékařských oborů. Tento zákon nahrazuje zákon 96/2004

Zdroj: vlastní

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin : Osveta, spol. s.r.o., 2006.

ISBN 80-8063-182-4 (1.slov.vyd.), ISBN 80-8063-227-8 (1.čes.vyd.)

KAFKOVÁ, V. 1992. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha : Vydala Grada Publishing, a.s. 2010, 207 a 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha : Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

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 povolání).

Kontakt na autorku:

Bc. Božena Čejkovská

Kostelec nad Černými lesy

Dvouletky 844

Okr. Praha – Východ, 281 63

+420 723 200 065

BEZPEČNOSŤ PACIENTA PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

DIMUNOVÁ Lucia

ABSTRAKT

Bezpečnosť pacientov v zdravotníckych zariadeniach je celosvetový aktuálny problém, ktorým sa zaoberajú medzinárodné aj národné organizácie. V príspevku je uvedený kontext zahrňujúci vymedzenie pojmov bezpečnosti pacienta a hlavných oblastí bezpečnosti, na ktoré sa sústreďujú jednotlivé medzinárodné aliancie. Súčasťou stratégie sledovanej problematiky je vymedzenie rizikových faktorov a aplikácia systémov hlásenia chýb, omylov a nežiadúcich udalostí, ktorých realizácia si vyžaduje kultúru bezpečnosti v zdravotníckom zariadení. Podpora multidisciplinárneho vzdelávania a odbornej prípravy v oblasti bezpečnosti má kľúčový význam pre pacientov aj zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Bezpečnosť pacienta. Nežiadúce udalosti. Rizikové faktory. Vzdelávanie.

ÚVOD

Jedným z najzávažnejších celosvetových aktuálnych problémov v zdravotníctve je bezpečnosť pacientov a zdravotníckych pracovníkov. Predstaviiteľka WHO Margaret Chan (2014, p. 8) poukazuje na zlepšenie kvality života pacientov v priebehu posledných dvadsiatich rokov v súvislosti s inovátívnymi metódami využívanými v zdravotnej starostlivosti. Uvádza však, že k najväčším výzvam v súčasnosti patrí bezpečnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov o princípoch bezpečnej starostlivosti.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 2015) definuje pojem „bezpečnosť pacienta“ ako *koordinované úsilie zamerané na zabránenie poškodenia pacienta počas procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti*. Európska komisia (EC, 2015) chápe bezpečnosť pacientov ako absenciu poškodenia alebo možnosti poškodenia pacienta v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Identifikuje, analyzuje a manažuje riziká a udalosti súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v dôsledku ktorých môže dôjsť k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta alebo k nezlepšeniu zdravotného stavu pacienta, čím sa kvalitatívne

alebo kvantitatívne zmení poskytovaná zdravotná starostlivosť (ÚDZS, Metodické usmernenie č.03/2014, č.1, s.2).

Svetová zdravotnícka organizácia sa zaoberá dôležitými aspektami bezpečnosti pacienta a globálnymi problémami vzťahujúcimi sa na bezpečnosť pacienta. Snaží sa usmerniť členské štáty medzinárodne osvedčenými odporúčaniami, normami, štandardmi a podporou výskumu v tejto oblasti. V roku 2004 vytvorila WHO *Svetovú alianciu pre bezpečnosť pacienta (World Alliance for Patient Safety)*. Cieľom tejto aliance je najbezpečnejšie a najvčasnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, šírenie informácií o možnostiach prevencie poškodenia pacienta, výskum problematiky bezpečnosti pacienta a vytváranie celosvetových štandardov bezpečnej starostlivosti. Súčasťou aktivít aliance je aj pravidelné zverejňovanie správ tzv. „Riešenie bezpečnej starostlivosti o pacienta“ (Patient Safety Solution). V regionálnych úradoch WHO sú stanovené tímy odborníkov, ktoré pracujú v nadväznosti na Svetovú alianciu pre bezpečnosť pacienta. Každý región identifikuje lokálne potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti a následne stanovuje stratégie na zaistenie podpory programu Svetovej aliance pre bezpečnosť pacienta. Tento program je zameraný na šesť základných oblastí:

1. **globálne výzvy bezpečnosti pacienta** – kampane zamerané na základné problematické okruhy,
2. **pacienti pre bezpečnosť pacientov** – zapojenie pacientov a patientskych organizácií do programu Svetovej aliance pre bezpečnosť pacienta,
3. **taxonómia pre bezpečnosť pacientov** – vytvorenie štandardov na zber, evidenciu a klasifikáciu poškodzujúcich udalostí,
4. **výskum** – zlepšenie metodológie a nástrojov pre hodnotenie príčin, rozsahu a dôsledkov poškodenia zdravia.
5. **riešenie bezpečnosti pacientov** – spolupráca s medzinárodnými,
6. **system hlásenia** – vytvorenie nástrojov a postupov pre system zaznamenávania nežiadúcich udalostí a pochybení (Úradný vestník EÚ, 2009).

RIZIKOVÉ FAKTORY

Súčasťou stratégie bezpečnosti pacienta sú **systemy hlásenia chýb, omylov a nežiadúcich udalostí**, ktorých realizácia si vyžaduje kultúru bezpečnosti v zdravotníckom zariadení. Budovanie kultúry bezpečnosti sa má stať v organizácii cieľom, ktorý zabezpečí bezpečnosť nielen pre pacienta ale i pre zamestnanca (Valková, 2016, s.377). Systemy hlásení zavádzajú poskytovateľa ústavnej starostlivosti ako súčasť stratégie bezpečnosti pacienta v rámci zabezpečenia systému kvality podľa zákona č. 578/2004. Systemy hlásení umožňujú získať spoľahlivé a porovnateľné ukazovatele, ktoré môžu identifikovať **rizikové faktory** pôsobiace na vznik nežiadúcej udalosti v zdravotníckom zariadení.

Podľa doterajších poznatkov z praxe sa na výskyte nežiadúcich udalostí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podieľa **Ľudský faktor a organizácia práce** (Golomčáková, Sladká, 2008, s. 15). Ľudský faktor predstavuje súbor vlastností osobnosti a schopností človeka, ktorý v danej situácii rôznym spôsobom ovplyvňuje výkonnosť, efektívnosť a spoľahlivosť pracovného systému. Ľudský faktor zlyháva v oblasti psychickej aj fyzickej. U sestier sa môžeme stretnúť napr. s nebdalosťou, s prekročením kompetencií pri výkone povolania, nepozornosťou, nedodržaním štandardizovaných postupov, začiatočníckou neskúsenosťou, profesionálnou deformáciou alebo citovým vyhorením. Nedostatočná organizácia práce je ďalším významným rizikovým faktorom ohrozujúcim bezpečnosť pacienta. Prejavuje sa najmä pracovným preťažením a únavou sestier. Organizácia práce zahŕňa aj vytvorenie bezpečnostných opatrení zameraných na pracovné prostredie. Organizovanie prakticky predstavuje proces rozdelenia strategických plánov (Kilíková, 2013, s. 71), ktoré vedú k splneniu spoločných cieľov organizácie.

Bezpečnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zahŕňa niekoľko oblastí, ku ktorým je možné zaradiť:

- biologické riziká (napr. nozokomiálne nákazy, dekubity),
- riziká súvisiace s medikáciou,
- riziká týkajúce sa podporno-pohybovej sústavy (riziko úrazu v dôsledku pošmyknutia, zakopnutia a pádu),
- psychosociálne riziká (monitorovanie násillia a mobbingu, šikanovania a obťažovania na pracovisku).

K najčastejším nežiaducim udalostiam v klinickej praxi, v rámci problematiky bezpečnosti pacienta, patria pády u hospitalizovaných pacientov (Bóriková, Tomagová, 2016, s.26).

Na dôležitosť problematiky bezpečnosti pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti poukazujú aj záväzné odporúčania o bezpečnosti pacienta, ktoré stanovuje Európska únia pre všetky svoje členské štáty v Správe komisie rady EÚ (Brusel, 2012). Na základe tých odporúčaní by mala každá krajina pripraviť osobitné národné politiky týkajúce sa bezpečnosti pacienta a začleniť ich ako prioritné v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti. Slovenská republika návrhy dokumentovala v Programovom vyhlásení vlády SR na obdobie rokov 2010 – 2014 v kapitole Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti a bezpečnosť pacienta. Aktuálne projekty realizované na Slovensku so zameraním sa na bezpečnosť pacientov uvádza Nagy (2012). Medzi významné patrí „Projekt pre bezpečnosť pacientov“ ktorý bol realizovaný pod záštitou MZ SR. „Sieť Európskej únie pre bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti“ (Patient Safety and Quality of Care – PaSQ) je ďalší projekt, do ktorého je Slovenská republika ako členská krajina Rady Európy aktívne zapojená. Cieľom spoločných aktivít tohto projektu je vytvorenie účinnej siete spolupracujúcich subjektov v členských štátoch EÚ a posilnenie spolupráce v oblasti bezpečnosti pacienta a kvality zdravotnej starostlivosti v spolupráci so zdravotníckymi profesionálmi, medzinárodnými organizáciami a pacientmi.

VZDELÁVANIE

Na zdravotnícke zariadenia sú kladené vysoké nároky týkajúce sa kvality poskytovanej starostlivosti (Hulková, 2016, s.9). V reálnej praxi sa stretávame s praktickou aplikáciou dokumentov na hodnotenie rizík častokrát len čiastočne. Nedostatočná bezpečnosť pacienta predstavuje závažný problém pre zdravotnú, sociálnu, ale aj ekonomickú oblasť. Nedostatky sa javia aj v prístupe samotných zdravotníkov (Bendová, Vaverková, 2012, s.32). Doterajšie presvedčivé dôkazy o vplyve vzdelania na poskytovanie profesionálnej zdravotnej starostlivosti sú v komparácii s nedostatkom informácií o vplyve nízkej odbornej spôsobilosti na bezpečnosť pacienta (Zamboriová, Štefková, 2016, s.106). Podľa Rakovej (2014, s. 316) kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vo významnej miere súvisí so vzdelaním zdravotníckeho personálu. Vzdelávanie v oblasti bezpečnosti pacientov sa zameriava na získanie vedomostí, prístupov a zručností, ktoré sú potrebné na podporu zmien v správaní

v záujme poskytovania bezpečnejšej starostlivosti (Kľúčové zistenia...,2014, s. 5). Medzi témy vzdelávania v oblasti bezpečnosti patria napr. technické zručnosti pri podávaní správ o incidentoch, ergonómika, prenos informácií od zdravotníckym pracovníkov smerom k pacientom (Jansma, 2011). Tematické okruhy sú zamerané najmä na prevenciu, pretože z cieľov prevencie ako takej vyplýva, že je lepšie negatívnym dôsledkom záťaže predchádzať, ako ju odstraňovať (Bérešová, Baníková, 2011).

Neoddeliteľnou súčasťou je aj vzdelávanie pacientov. Vzdelávanie môže prebiehať individuálne alebo skupinovo prostredníctvom školení, seminárov, vzdelávacích materiálov. Je potrebné poskytovať pacientom kvalitné a relevantné informácie najmä o rešpektovaní práv pacienta. Ku kľúčovým nástrojom zefektívňujúcim poskytovanie zdravotnej starostlivosti a prenosu informácií patrí zavádzanie informačno-komunikačných technológií do zdravotníckej praxe (Simočková, Zamboriová, 2014, s. 195). V rámci vzdelávania je možné využívať aj netradičné metódy ako napr. simulácia. Metóda simulácie sa čoraz viac využíva v rámci postgraduálneho vzdelávania a vzťahuje sa na analýzu pracovísk, postupov a situácií vplývajúcich na bezpečnosť pacientov.

ZÁVER

Monitorovanie chýb, omylov a nežiadúcich udalostí vytvára bázu pre stanovenie priorít v oblasti bezpečnosti pacientov a kvality zdravotnej starostlivosti. Opatrenia zamerané na bezpečnosť pacienta zahŕňajú tvorbu a aktualizáciu celosvetových štandardov bezpečnej starostlivosti, rozvoj národných politík bezpečnosti pacientov, podporu vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov a rozvoj výskumu. V manažmente bezpečnosti pacienta má významné postavenie aj samotný pacient, najmä jeho aktívny prístup k informáciám o bezpečnostných opatreniach zameraných na elimináciu možného poškodenia zdravia. Význam problematiky bezpečnosti pacientov podčiarkuje aj skutočnosť, že od roku 2001 sa dátum 25.7. stal symbolom Svetového dňa bezpečnosti pacientov (World Patient Safety Day).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BENDOVÁ, J., VAVERKOVÁ, I. 2012. Bezpečnosť pacienta v primárnej starostlivosti na Slovensku. In *Via practica*. 2012, roč. 9, č. 1, s. 32-33.
- BÉREŠOVÁ, A., BANÍKOVÁ, Z. *Závaž laických rodinných opatrovateľov a syndróm vyhorenia*. Košice: EQUILIBRIA s.r.o., 2011. 98 s. ISBN 978-80-8143-000-8
- BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M. Inpatient falls – risk assessment. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 1, pp. 26-31. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/pady-u-hospitalizovanych-pacientov-posudzovanie-rizika>.
- EC. 2015. European Commission. *Public Consultation on Patient Safety and Quality of Care* [online] 2015. [cit. 2016-12-16]. Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/health/patient_safety/consultations/patient_safety_quality_care_cons2013_en.htm>.
- EÚ. 2012. Správa komisie rady na základe správ členských štátov týkajúcich sa vykonávania odporúčania Rady (2009/C 151/01) o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií. [online] Brusel : Európska komisia, 13.11.2012, COM(2012) [cit. 2017-03-16]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_report_sk.pdf.
- GOMOLČÁKOVÁ, V., SLADKÁ, E. 2008. Podpora bezpečnosti pacienta. In *Sestra*. 2008, roč. VII, č. 3-4, s. 15.
- HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Praha: Grada Publishing, 2016. s. 231. ISBN 978-80-271-9082-9.
- CHAN, M. 2014. WHO – *Patients Safety Curriculum Guide: Multi-profesional Edition*. [online] 2014. [cit. 2017-03-3]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_DG_Forewords_2011.pdf>.
- JANSMA, JD. WAGNER, C., BIJNEN, A. B. 2011. A patient safety curriculum for medical residents based on the perspectives of residents and supervisors. In *Journal of Patient Safety* 2011,7(2), s. 99 – 105.
- KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovateľstve*. VŠZaSP sv. Alžbety, Ústav sv. J.N. Nepomuka, Příbram, 2013. 391s. ISBN 978-80-260-3845-0.

- Kľúčové zistenia a odporúčania týkajúce sa vzdelávania a odbornej prípravy v oblasti bezpečnosti pacienta v Európe. Správa podskupiny pre podávanie správ o incidentoch a poučanie sa z nich v rámci pracovnej skupiny Európskej komisie pre bezpečnosť pacienta a kvalitu starostlivosti. Európska komisia, Pracovná skupina pre bezpečnosť pacienta a kvalitu starostlivosti [online]. 2014. [cit. 2017-02-05]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_sk.pdf
- NAGY, E. 2012. *SR sa aktívne zapája do projektov bezpečnosti pacienta* [online]. 2012 [cit. 2016-02-22]. Dostupné na internete: <http://egoodwill.sk/zdravie-2/sr-sa-aktivne-zapaja-do-projektov-bezpecnosti-pacienta/>.
- PASQ. 2014. *Patient Safety and Quality of Care*. [online]. 2014. [cit. 2017-02-05]. Dostupné na internete: <http://www.pasq.eu/Project/Project.aspx>; <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/882/mudr-peter-bandura-phd---projekt-vytvorenia-europskej-siete-pre-bezpecnost-pacientov-a-kvalitnu-zdravotnu-starostlivost-pasq--patient-safety-and-quality-of-care>.
- SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. 2014. Implementácia informačno-komunikačných technológií v ADOS. In *20 rokov ADOS: zborník odborných a vedeckých prác*. Košice: Asociácia ADOS v SR, 2014. ISBN 80-01-02079-7, s. 195-198.
- Úradný vestník EÚ. 2009. Odporúčanie Rady o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií. [online]. 2009/C 151/01 [cit. 2017-02-05]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_sl.pdf.
- VALKOVÁ, M. Bezpečnosť pacienta a manažment rizík. In *Ošetrovatel'stvo – tradície a perspektívy: zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou, Piešťanský deň ošetrovatel'stva*, Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 206, s. 388. ISBN 978-80-8132-151-1
- Vestník č. 15/2014 ÚDZS, Metodické usmernenie č.3/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiadúcich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti str. 2-5 http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//vestniky/rocnik_2014/VE_15_2014_.pdf
- WHO. 2015. *Patient safety*. [online] 2015.[cit. 2017-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>.

ZAMBORIOVÁ, M., ŠTEFKOVÁ, G. 2016. Pokroky v hodnocení klíčových kompetencí.

In Malach, J. (eds.) *Rozvíjanie kľúčových kompetencií v pregraduálnom vzdelávaní sestier*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2016 s. 128 s.

Kontakt:

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

prednostka Ústavu ošetrovateľstva

Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach

Ústav ošetrovateľstva

Trieda SNP č. 1

040 11 Košice

e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

t.č.: +421 55 234 3292

KVALITNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A AGE MANAGEMENT

FUNTOVÁ Veronika

ABSTRAKT

Uplatňování řízení s ohledem na věk zaměstnanců klade nároky na manažery, na jejich znalosti a postoje ke stárnutí. Reforma pracovního života je základní předpoklad pro spolupráci různých věkových skupin na pracovišti a posílení silných stránek jednotlivých generací. Problematika stárnutí obyvatel představuje novou situaci, nové příležitosti se zlepšujícím zdravotním stavem a prodlužující se délkou života na pozitivní šanci na kvalitní život. Stárnutí obyvatelstva bude ovlivňovat nejenom pracovní život ale i osobní a společenský. Jsme na tuto situaci připraveni a připouštíme si ji vůbec?

Klíčová slova: Age management. Kvalita. Lidské zdroje. Věkové skupiny.

ÚVOD

Lidský věk, tzv. forma měření času se stává univerzálním a srozumitelným jazykem. Věk nás v různých formách obklopuje, definuje a usměrňuje, je klíčem k právům i povinnostem, v podstatě je naším jízdním řádem. Identifikace věkově předdefinovaných skupin jsou většinou využívány v byznysu a marketingu. Pokud se trh práce stává moderní institucí „par excellence“, věková strukturace je jeho definičním prvkem. Právě věková segregace a z ní plynoucí věková homogenita jsou v podstatě negativní sociální jevy, často vnímané jako normativní.

V souvislosti s prodlužováním ekonomické aktivity osob nad 50 let se dynamicky proměňuje trh práce. Pomalým posouváním hranic odchodu do důchodu má stále větší část pracovní síly problém obstát na trhu práce, být zaměstnaný a trvale zaměstnatelný. Tento problém se týká i věkové kategorie sester, která tvoří stále větší podíl ekonomicky aktivních osob pracujících ve zdravotnických zařízeních. Stárnoucí populace, potažmo postavení věkově starších sester na trhu práce přináší mnohé výzvy. Z hlediska zaměstnanosti se tato skupina sester stává částečně novou věkovou skupinou, kterou zatím zaměstnavatelé většinou přehlíží, nebo jí nevěnují dostatečnou pozornost. Mnoho analýz trhu práce i mimo zdravotnictví sugeruje tezi,

že tito pracovníci jsou často chápáni jako diskriminovaná skupina. Věkově starší sestry ale mají i nesporné komparativní výhody, a tou jsou především životní i pracovní zkušenosti. V této souvislosti se nabízí několik otázek? V čem spočívá problematická situace této skupiny zkušených a stále ještě relativně výkonných a zdravých pracovníků, kteří bezpochyby mají zaměstnavatelům co nabídnout? Jaké je jejich postavení na trhu práce a ve zdravotnickém zařízení konkrétně? Jak by měl management zdravotnického zařízení reagovat na proměňující se věkovou skladbu a jak pracovat s faktory, které ovlivňují pracovní život každého jednotlivce? Jaké jsou jejich hrozby, ale také potenciál a jak je potenciál této skupiny sester využíván? Jaké jsou možnosti podpory a jakou roli vůbec věkově starší sestry sehrávají a budou sehrávat v ekonomice a na trhu práce?

KONCEPT AGE MANAGEMENTU

Koncept Age managementu umožňuje reagovat na změny ve společnosti a přesto, že je často spojován s fenoménem stárnoucí populace, vztahuje se na všechny věkové skupiny - absolventy škol, matky s malými dětmi, pracovníky středního i pokročilého věku. Pokud si management zdravotnického zařízení uvědomí silné stránky jednotlivých věkových skupin, může věkově diverzifikovaný pracovní tým přinášet nejenom dynamiku mládí, ale zohledňuje i profesní a životní zkušenosti starších pracovníků a výrazným způsobem snižuje věkovou diskriminaci. Změna tzv. firemní kultury a restrukturalizace pracovních míst může přinést zvýšení kvality lidských zdrojů, vysokou úroveň kompetencí, optimální využití pracovní síly, dobrou organizaci práce a pracovního prostředí, posílení pozice na trhu a v neposlední řadě uznání a image organizace (Dessler, 2011).

Age management zahrnuje tyto specifické skupiny:

- **mladí absolventi škol** – plní elánu, nápadů a energie, na druhou stranu si musí zvyknout na pracovní život, začlenění do života, přechod studenta na zaměstnance.
- **rodiče s malými dětmi, nově vznikající rodiny, neúplné rodiny** – matky samoživitelky, lidé vracející se do práce po rodičovských dovolených, skloubení rodinných povinností s prací, změny hodnot, postojů a motivace.
- **„sendvičová generace“** – starost o nezaopatřené děti a zároveň stárnoucí rodiče, skloubení péče i tyto dvě generace.

- **střední generace** – přichází první choroby, zdravotní problémy, vyrovnání se s novou situací, udržení a obnova vlastní zaměstnanosti.
- **starší generace** – pracovat?, udržet si místo na pracovním trhu, mají životní i pracovní zkušenosti. Generace odcházející z pracovního trhu do důchodu, náročná fáze, ztráta kontaktů, hledat nový smysl života.

Koncept Age managementu umožňuje reagovat na změny ve společnosti a přesto, že je často spojován s fenoménem stárnoucí populace, vztahuje se na všechny věkové skupiny - absolventy škol, matky s malými dětmi, pracovníky středního i pokročilého věku. Pokud si management zdravotnického zařízení uvědomí silné stránky jednotlivých věkových skupin, může věkově diverzifikovaný pracovní tým přinášet nejenom dynamiku mládí, ale zohledňuje i profesní a životní zkušenosti starších pracovníků a výrazným způsobem snižuje věkovou diskriminaci. Změna tzv. firemní kultury a restrukturalizace pracovních míst může přinést zvýšení kvality lidských zdrojů, vysokou úroveň kompetencí, optimální využití pracovní síly, dobrou organizaci práce a pracovního prostředí, posílení pozice na trhu a v neposlední řadě uznání a image organizace (Brodský, 2009).

Demografický vývoj v ČR naznačuje výrazné stárnutí populace. Tato situace varuje a bude mít významné důsledky pro firmy i celou ekonomiku. Věková struktura obyvatelstva se podle Českého statistického úřadu (2011) bude vyvíjet následovně:

	20-54 let	55-64 let	65+
2020	48%	12%	20%
2030	44%	14%	23%
2040	40%	16%	27%
2050	38%	13%	31%

Zaměstnavatelé by měli být informováni o efektivních strategiích a zaměřeni na práci s jednotlivými věkovými skupinami na pracovišti. Je to dlouhodobá strategie a je určena pro celý životní běh pracovního života zaměstnanců. Je mnoho zemí, které jsou v problematice stárnutí na pracovišti podstatně déle než v České republice. Tento příspěvek je i pro zamyšlení, zda nemáme až příliš silně zakořeněné věkové stereotypy. Reforma pracovního života je důležitá pro základní předpoklad pro spolupráci různých věkových skupin na pracovišti

s využitím silných stránek jednotlivých generací a eliminaci stránek slabých. Z tohoto důvodu by měl management zdravotnického zařízení pravidelně hodnotit demografickou situaci, změny v poskytování zdravotní péče, analyzovat pracovníky i pracovní místa tzn. uplatňovat principy Age Managementu. Riziko ve zdravotnictví znamená vysokou míru pravděpodobnosti poškození pacienta. Konkurenční strategie je hlavně o hledání příznivého konkurenčního postavení v určitém odvětví. Neúspěch často pramení z neschopnosti proměnit konkurenční strategii do specifických akčních kroků, které jsou nutné k dosažení konkurenční výhody. Ve zdravotnictví má vztah mezi hodnotou kupujícího (pacienta) a hodnotovým řetězcem zdravotnického zařízení svou přímou úměru. Diferenciace má základ a vyrůstá z hodnotového řetězce daného zdravotnického zařízení (např. kvalitní personál, kvalitní zdravotnický materiál nebo přístrojové vybavení). Spokojený zaměstnanec vykazuje loajálnost a oddanost, která je důležitým prvkem a předpokladem k vyšší výkonnosti a nižší fluktuaci zaměstnanců.

Ve vyspělých moderních zemích se plodnost snižuje a střední délka věku se zvyšuje, tyto jevy se navzájem doprovázejí. Česká společnost stárne velmi dynamicky. Za posledních dvacet let žijí české ženy v průměru o pět roků déle a muži dokonce o sedm roků déle. Podíl osob ve věku 50–64 bude v období 2020–2037 narůstat, naopak počet osob ve věku vrcholné ekonomické aktivity, za které je považováno období od 20 do 49 let, se začal snižovat a započatý trend bude i nadále pokračovat (ČSÚ, 2004).

Jak zdůrazňuje Štormová (2015), Age Management – řízení zohledňující věk i pracovní schopnosti zaměstnanců si klade za cíl podporovat komplexní přístup řešení demografické situace a demografických změn na pracovišti. Nebývá spojován pouze s fenoménem stárnoucí společnosti, týká se všech věkových kategorií zaměstnanců. Implementace Age Managementu by měla garantovat skutečnost, aby každý pracovník mohl využít svůj potenciál a nebyl znevýhodněn kvůli svému věku. Mezi hlavní priority Age Managementu patří dokonalá znalost věkového složení zaměstnanců organizace, pochopení pro individualitu, uplatňování strategického myšlení a spravedlivé postoje ke stárnutí. Výsledkem může být zlepšení pracovních podmínek i kvality života (nejen) starších pracovníků, ale také šance pro společnost ve využití potenciálu pracovníků všech věkových skupin.

Důvodem pro využívání nástrojů Age managementu je, že délka pracovního života se prodlužuje a významně ovlivňuje obě skupiny – zaměstnavatele i zaměstnance. Age management budeme potřebovat s ohledem na udržení konkurence schopnosti našich firem, ale

i zdravotnických zařízení. Bude nutné se vypořádat se situací, kdy starších pracovníků bude pravděpodobně převaha a mladších pracovníků, kteří vstoupí na trh práce, bude méně. Tato situace bude potřebovat poměrně velké změny v organizaci práce, ovlivní firemní kulturu a mezigenerační spolupráci na pracovišti. Je potřeba zvládnutí technik k podpoře pracovní schopnosti jako klíče k úspěchu firmy. Tím, že stárne celá populace, tak nestárnou pouze zaměstnanci, ale stejně stárnou i zákazníci. Takovému zaměření firem na starší generaci se nazývá „stříbrná ekonomika“, která představuje adaptaci ekonomiky na budoucí potřeby starší generace jako cílové skupiny ve společnosti (Štormová, 2015).

Hercík (2014) uvádí očekávaný rozvoj v souvislosti s demografickým stárnutím:

Služby:

- geriatrická péče,
- asistenční a ošetrovatelské služby,
- agentury domácí péče,
- produkty v bankovníctví.

Výrobky:

- oblékání a móda, speciální obuv,
- kompenzační pomůcky, výrobky pro každodenní život,
- hygiena,
- senior hobby,
- produkty vzdalující stárnutí, nutriční preparáty, vitamíny.

Přizpůsobení bydlení:

- kuchyň, koupelny, toalety,
- inteligentní zařízení a vybavení domácnosti,
- postele a zdravé spaní.

Komunikační technologie:

- řešení krizových situací seniorů (centrální pulty a podobné systémy),
- monitoring zdravotního stavu,
- eliminace oslabování zraku a sluchu.

Volný čas a vzdělávání:

- nová média, kultura a zábava pro seniory,
- cestování, sport,
- rozvoj vzdělávacích aktivit, univerzity třetího věku.

Lidé se dožívají stále vyššího věku v poměrně dobrém zdravotním stavu. Tito lidé mají vysoký potenciál pro zapojení do celospolečenských aktivit. Jednou z možností je oblast dobrovolnictví v různých oblastech – zdravotnictví, tělovýchovné organizace zaměřené na práci s dětmi a mládeží nebo i firemní dobrovolnictví. Další inspirací může být program WHO - „**The Global Network of Age-friendly Cities and Communities.**“ Tento program je realizován ve 28 zemích světa. Hlavním cílem je podpora prostředí pro stárnutí, zvýšení kvality života, zdraví a aktivní stárnutí. V ČR znám jako program „Zdravé stárnutí“ (Zdraví 21 – cíl 5).

Novotný (2014) zveřejnil studii, že zdravotní stav starší populace je plně srovnatelný s Nizozemskem a Finskem. Český muž má ve věku 65 let šanci na dožití 15,5 roku a z toho 8,5 roku života bez omezení běžných činností ze zdravotních důvodů. Ženy jsou dokonce vpředu než muži, ty mají na dožití v průměru 19 let a 8,8 roku života bez omezení běžných činností ze zdravotních důvodů. Tato čísla jsou srovnatelná jak s Nizozemskem a Finskem. Špatné je, že Česká republika s touto pasivní informací nepracuje. Pokud srovnáme míru zaměstnanosti ve věku 50-60 let Česko za Nizozemskem a Finskem ztrácí. Zaměstnanost v České republice se propadá až na 17. místo v Evropské unii, i když zdravotní stav je v podstatě srovnatelný. Ve využívání pracovní schopnosti lidí ve vyšším věku má Česká republika velké rezervy. Pro měření pracovní schopnosti se využívá tzv. Index pracovní schopnosti. Pokud by mělo dojít k mezigenerační spolupráci, měly bychom změnit i životní hodnoty. Naše děti by měly být vychovávány nastavením správných životních hodnot a ty se vytvářejí na dvou místech – v rodině a ve škole.

Měření pracovní schopnosti - Work Ability Index se skládá z několika bodů:

- zdraví
- funkční kapacita
- odborné znalosti a způsobilost
- hodnoty
- postoje

- motivace zaměstnance, nároky na pracovní výkon.

Průzkum bývá realizován pomocí dotazníku Work Ability Index. Je to u nás nová, ve světě dlouhodobě uznávaná a využívaná metoda, vyvinutá Finským institutem pracovního zdraví se sídlem v Helsinkách, který se problematice stárnutí populace zabývá již více než 30 let. Dotazník Work Ability Index je pro Českou republiku uvolněn pro nekomerční využití v rámci licenční smlouvy mezi AIVD ČR o.s. a Finským institutem pracovního zdraví. V České republice toto měření bylo provedeno na velmi malém vzorku. Podle výsledků se ukazuje, že téměř 40% nezaměstnaných starších 50 let vykazuje dobrou a 20% výbornou hodnotu indexu. To znamená, že zdravotní důvody pracovat jim nebrání. Samozřejmě, že hůře jsou na tom lidé s fyzicky náročným povoláním, než lidé, kteří potřebují práci spíše duševního charakteru. Na straně podnikatelů je požadavek, aby se radami specialistů více řídili. Do tohoto projektu se zapojila např. Komerční banka, Policejní akademie ČR, skupina ČEZ, výrobce komponentů pro automobily – Witte Nejdek, ale i úřad práce ČR (Novotný 2014).

Strategie zapojení starších zaměstnanců se v Evropské unii řeší více než 15 let. Většina odborníků však poukazuje, že mimo antidiskriminačních opatření poukazují na rizika mezigeneračního napětí je potřeba motivovat zaměstnavatele k zavádění principů Age managementu, které budou zohledňovat různý věk zaměstnanců přímo v personální politice ve firmě. V České republice se dává většinou přednost mladším lidem před staršími, přesto, že si zaměstnavatelé uvědomují, že mohou být starší lidé užiteční. Zaměstnanost věkové skupiny nad 50 let je v ČR o 10% nižší ve Finsku. Zaměstnavatelé vidí starší zaměstnance jako problémové. Málo problémů jsou schopni pojmenovat, ale jeden z pojmenovaných je, že se jim nechce investovat do zaškolování a do vzdělávání staršího zaměstnance, protože nevidí perspektivu, že ho dlouhodobě udrží.

Starší lidé už také nemají chuť nebo sílu s mladšími soutěžit. V letech, kdy mají pár let do důchodu, jim chybí motivace, aby v hledání práce pokračovali. Zvýšením hranice odchodu do důchodu se počet aktivně pracujících lidí nezvýší. Už dnes je známo, že ve věkové hranici 55-64 let pracuje méně než polovina populace a to 47%. Existuje mnoho důvodů proč v tomto věku nepracovat. Zvýšením hranice odchodu do důchodu bude toto číslo stoupat. Měl by fungovat mechanismus alespoň na třech úrovních: státní, zaměstnanci, zaměstnavatelé.

Stát by měl vytvářet motivační podmínky pro obě strany, stimulovat zaměstnavatele a zaměstnance by se měli naučit s touto populační skupinou pracovat. Může to být spousta menších opatření – určitá daňová úleva pro tyto zaměstnance nebo daňová úleva pro zaměstnavatele na odvodech. Toto je příklad Finska, které je v Age managementu nejdále. Důležitá je podpora zdraví při práci, ergonomie práce, atd. Je potřeba každému najít takovou práci, při které může být maximálně produktivní. Bez zavedení určitých opatření se neobejdeme. Investice a opatření se měly vracet opět ve třech rovinách, např. ve zdravotnictví – pokud bude starší člověk pracovat, ochraňovat své zdraví pro práci, sníží se náklady ve zdravotnictví i ty firemní. Udrží se déle na trhu práce, což mu přinese zvýšení životní úrovně (Kociánová 2012).

Zakladatel Prof. Juhani Ilmarinen, v 80 letech zaznamenal zvýšenou nezaměstnanost, lidé odcházeli brzy do důchodu. Prvotní impulz - uvědomění si demografického problému Finska. Výzkum J. Ilmarinena - Co se děje s pracovní schopností člověka když stárne? Více než 30leté zkušenosti s výzkumem vedli k založení institutu pracovního zdraví se sídlem v Helsinkách. Výzkumná otázka zněla – Jak dlouho mohou lidé pracovat? Jaký je vhodný věk odchodu do důchodu?

V roce 2005 proběhla Finská penzijní reforma s cílem podpořit zaměstnance, aby jejich pracovní schopnost byla delší s pomocí těchto nástrojů:

- věk odchodu do důchodu se stal otevřený, od věku 63-68 let si mohou sami zaměstnanci vybrat, kdy přestanou pracovat.
- benefity, pokud člověk pracuje po 66. roce života, dostává 4,5% z ročního platu jako bonus.

Po zavedení reformy se zvýšila zaměstnanost lidí ve věku 50-70 let, zvýšila se i pracovní schopnost, nastala i politická shoda všech zainteresovaných stran, společnost dostala i pozitivní impulz.

Pilotní výzkum proběhl u 6 500 zaměstnanců, výzkum trval 28 let (1981-2009). Předmětem výzkumu byla změna pracovní schopnosti u pracovníků ve věku nad 45 let v důsledku stárnutí. Byl vypracován dotazník Index pracovní schopnosti (Work ability index). Výzkumný dotazník se skládal ze 7 oblastí, které respondenti prováděli tzv. sebehodnocením. Výsledkem pilotního výzkumu, který byl vypracován po 11 letech, bylo, že 60% pracovníků si udrželo svoji

pracovní schopnost na dobré a vynikající úrovni, 10% zaznamenalo zlepšení a 30% zaznamenalo dramatický pokles pracovní schopnosti. Tento dotazník byl přeložen nejméně do 30 jazyků a využíván je po celém světě (Cimbálníková, 2012).

V České republice je znám národní akční plán podporující stárnutí po období 2013-2017 pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV 2013).

ZÁVĚR

Řízení věkové diverzity znamená nový pohled na personální činnosti a umožňuje řešit demografické změny na pracovišti. Diversitu je třeba nejen vnímat a respektovat, ale umět ji také správně využívat v prospěch organizace. Špatné rozložení pracovních pozic nevhodnými zaměstnanci bývá jedním z kritických momentů všech zdravotnických zařízení, může ohrozit kvalitu poskytované zdravotní péče a snižuje schopnost plnění vytyčených cílů a konkurenceschopnost. Jakékoliv riziko ve zdravotnictví znamená vysokou míru pravděpodobnosti poškození pacienta, a proto vztah mezi hodnotou kupujícího (pacienta) a hodnotovým řetězcem zdravotnického zařízení má svou přímou úměru. Lidský kapitál je tím nejcennějším co zaměstnavatel má, a úspěch organizace záleží především na kvalitní práci svých zaměstnanců.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BRODSKÝ, Z. 2009. *Řízení lidských zdrojů pro managery*. Pardubice : Univerzita Pardubice. 2009. 113 s. ISBN 978-80-7395-155-9.

CIMBÁLNÍKOVÁ, L., FUKAN, J., JOKEŠOVÁ, R.a kol. 2011. *Agemanagement, komparativní analýza podmínek a přístupů využívaných v České republice a ve Finsku*. [online]. Praha : AIVD ČR, 2011. [citované 2015-07-15]. Dostupné na internetu: http://www.aivd.cz/sites/default/files/agemanagement_web_0.pdf.

DESSLER, G. 2011. *Human Resource Management*. USA: N.J. : Pearson/Prentice Hall Pearson, 2011. 739 s. ISBN 9788131754269.

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2004. *Populační prognóza do roku 2050*. [on line]. Praha : ČSÚ, 2012. [citované 2015-07-21]. Dostupné na internetu: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-4>.
- KOCIÁNOVÁ, R. 2012. *Personální řízení: východiska a vývoj*. Praha : Grada Publishing a.s. 2012. 149 s. ISBN 978-80-247-3269-5.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017*. [on line]. Praha :MPSV
- NOVOTNÝ, P., 2014. *Age management? Není alternativy*. [on line]. Brno : Masarykova univerzita. 2014. [citované 2017-03-10]. <https://www.online.muni.cz/komentare/4932-age-management-neni-alternativy>.
- ŠTORMOVÁ I., 2015. *Age management pro zaměstnavatele se zaměřením na starší pracovníky*. [on line]. Praha : Svaz průmyslu s dopravy. 2015. [citované 2017-03-08]. http://www.agemanagement.cz/wp-content/uploads/2015/10/Age_management.pdf

Kontakt

Veronika Funtová, PhDr.
Cetrum sociálně ošetrovatelské péče
Parmská 390
109 00 Praha 10

Kontaktní adresa:
Janovská 374
109 00 Praha 10
e-mail: funtova@seznam.cz

ZMIERŇOVANIE DÔSLEDKOV KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU U PACIENTA – KAZUISTIKA

HERBAČEKOVÁ Erika, ŠEVČOVIČOVÁ Andrea

ABSTRAKT

Prítomnosť kolorektálneho karcinómu sprevádzajú okrem nepríjemných príznakov ochorenia aj nežiaduce účinky zo zahájenej terapie. U pacienta bola po resekcii rektosigmoidálneho karcinómu a následnej rádioterapii a chemoterapii zasiahnutá fyziologická oblasť života, ale v rôznych podobách aj psychická a spirituálna oblasť. Vzhľadom na dĺžku liečby malo ochorenie vplyv aj na sociálnu oblasť života pacienta. Pri zmierňovaní dôsledkov onkologického ochorenia zohrával dôležitú úlohu ošetrojúci personál, ale aj rodina a blízke okolie, ktoré boli pre pacienta významnou psychickou oporou.

Kľúčové slová: Dôsledky ochorenia. Kazuistika. Kolorektálny karcinóm. Onkologický pacient. Úlohy sestry.

ÚVOD

Kolorektálny karcinóm vychádzajúci zo žľazového epitelu sliznice hrubého čreva a konečníka, patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce onkologické ochorenia tráviaceho traktu. Vo väčšine prípadov ide o adenokarcinóm (Češka a kol., 2010). Ondrušová a kol. (2015) uvádzajú, že v roku 2012 sa celosvetovo evidovalo 746 298 novodiagnostikovaných zhubných nádorov kolorekta u mužov a 614 304 v ženskej populácii. V tom istom roku sa mortalita u kolorektálneho karcinómu odhadovala na 693 933 prípadov u obidvoch pohlaví. Najvyššie hodnoty incidencie sa zaznamenali v Slovenskej republike a vo vybraných krajinách Európy (Maďarsko, Dánsko, Holandsko, Nórsko, Česká republika), v Austrálii/na Novom Zélande a v Severnej Amerike.

Klinické príznaky sa objavujú často až v pokročilom štádiu ochorenia, čo prispieva k zlej prognóze napriek tomu, že kolorektálny karcinóm je vo včasných štádiách dobre liečiteľným ochorením (Češka a kol., 2010). Pri postihnutí pravej časti hrubého čreva prevládajú skôr

celkové príznaky, ako je chudnutie, nechutenstvo, nevoľnosť, slabosť, únava, anémia (Jurgoš a kol., 2006). Pri ľavostrannom kolorektálnom karcinóme býva v popredí striedanie hnačky a zápchy, krv v stolici, bolesť, tráviace problémy – nadúvanie, pocit plnosti, kŕče. Pri lokalizácii nádoru v rekte sa objavujú tenezmy (bolestivé nutkanie na stolicu) s odchodom malého množstva stolice s prímесou krvi a hlienu, tzv. syndróm falošného priateľa (Janíková, Zeleníková, 2013). Narastaním nádoru sa zužuje lúmen čreva, čo môže neskôr spôsobiť kompletný ileus. Penetrácia do okolia sa manifestuje hmatnou rezistenciou a poruchou funkcie invadovaných (postihnutých) okolitých orgánov. Perforácia čreva je zriedkavá, prejavuje sa akútnou peritonitídou (Jurgoš a kol., 2006). Kolorektálny karcinóm má vysokú pravdepodobnosť metastázovania najčastejšie do pečene a pľúc (Janíková, Zeleníková, 2013).

KAZUISTIKA

49-ročný slobodný bezdetný muž so stredoškolským vzdelaním, ktorý podstúpil resekciu rektosigmoidálneho karcinómu. Následne absolvoval rádioterapiu a chemoterapiu. Pacient má kolostómiu.

Osobná anamnéza: v minulosti trikrát prekonal infarkt myokardu, okrem vyššie uvedeného operačného zákroku iné operácie ani úrazy neudáva.

Pracovná anamnéza: v minulosti pracoval ako robotník na chmeli, v mäsokombináte, na stavbách, na ranči; momentálne je dlhodobo práceneschopný a evidovaný na úrade práce.

Rodinná anamnéza: matka zomrela na rakovinu žlčníka, otec prekonal infarkt myokardu. Abúzy: fajčí do 40 cigariet denne, alkohol pije len príležitostne (pivo).

Pacient podstúpil 25. 7. 2015 chirurgický zákrok vo Všeobecnej nemocnici s poliklinikou Lučenec. Dôvodom operácie bola resekcia carcinoma rectosigmae. Vzhľadom na známky postupne sa rozvíjajúceho ileózneho stavu hrubého čreva bol z vitálnej indikácie realizovaný dočasný kolostomický vývod. Približne mesiac pred operáciou udával kŕčovité bolesti brucha, dyspeptické ťažkosti v zmysle vracania, zástavy plynov a stolice. Kolonoskopické vyšetrenie preukázalo stenotizujúci tumor v oblasti rektosigmy v hĺbke približne 23 cm. CT brucha a malej panvy preukázalo celkovo 9 metastatických ložísk v pravom laloku pečene. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií s poklesom hmotnosti asi 10 kg. Dňa 24. 9. 2015 zahájená rádioterapia, ktorá bola 23. 10. 2015 predčasne ukončená pre intoleranciu (dyspepsia,

neznesiteľné bolesti brucha a hnačky). Celkovo pacient schudol z pôvodnej váhy 65 kg na 48 kg. V júni 2016 začala pre pacienta na onkologickej ambulancii chemoterapeutická liečba.

Pri hodnotení vplyvu ochorenia na fyziologickú oblasť života pacient uvádzal po rádioterapii výskyt bolestí brucha, hnačiek a zvracania, čo potvrdil aj po zahájení chemoterapie. Prítomnosť kolostómie zasiahla aj sexuálnu oblasť pacienta, podľa ktorého ho kolostómia značne obmedzuje pre prítomnosť kolostomického vrečka na bruchu. Je nepríjemná aj z dôvodu nekontrolovateľného odchádzania stolice s prítomnosťou sprevádzajúcich zvukov.

Pri hodnotení vplyvu ochorenia na psychickú a spirituálnu oblasť života pacient potvrdzuje, že mal strach z budúcnosti, lebo sa obával, že sa po operácii už nepreberie. Aktuálne nemá žiadne psychické ťažkosti a s dočasnou kolostómiou sa zmieril. Vyjadril však obavy z možného ponechania vývodu natrvalo. Oporou mu bola jeho priateľka, ktorá ho navštevovala v nemocnici. Ochorenie narušilo jeho plány odísť do zahraničia. Za najdôležitejšiu prioritu preto považuje vyzdravenie so zrušením vývodu na bruchu.

Kolorektálny karcinóm výrazne zasiahol aj do sociálnej oblasti života pacienta, ktorý musel kvôli ochoreniu odísť zo zamestnania. Nateraz je evidovaný na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny ako nezamestnaný. Hoci pacient nikdy nebol aktívny športovec, prezentuje, že kolostómia ho značne obmedzuje. Nemôže bicyklovať ani plávať a musí sa vyhýbať dvíhaniu ťažkých predmetov. S rodinou sa pacient vzhľadom na vzdialenosť stretáva málo. Prítomnosť ochorenia však nijako nenarušila doterajšie vzťahy. Otvorene pred ním nikto z príbuzných neprejavil ľútosť.

DISKUSIA

Protinádorová liečba, najmä chemoterapia a rádioterapia, môže byť komplikovaná prítomnosťou vedľajších účinkov, ktoré po fyziologickej stránke narúšajú život človeka. Kohútek a kol. (2015) prezentujú, že zápcha alebo častý odchod riedkej stolice sú často sa vyskytujúce komplikácie u pacientov po onkologickej liečbe rakoviny hrubého čreva a konečníka. Prítomnosť hnačky potvrdil aj náš pacient. Úlohou sestry je pri zmierňovaní dôsledkov edukovať pacienta o diétnych opatreniach, ktoré by boli prispôsobené jeho zdravotnému stavu, resp. nežiaducim účinkom liečby a poskytnúť odborné materiály

na prehĺbenie informácií. V prípade potreby pomôcť pacientovi zostaviť vzorový jedálny lístok alebo sprostredkovať kontakt na asistenta výživy/diétnu sestru.

Podľa Kohúteka a kol. (2015) sa môže u pacientov s kolostómiou rozvíjať porucha sexuálnej funkcie aj z psychologických príčin. Pacient si uvedomuje, že nie každej žene sa páči muž s kolostómiou na brušnej stene. Zo strany personálu je dôležité dodávať pacientovi odvahu pri prekonávaní obáv z intímneho života a pomôcť mu prijať a vyrovnať sa so zmeneným vzhľadom tela. Navrhnuť pacientovi, aby o sexuálnych problémoch komunikoval so svojim partnerom/partnerkou, prípade sa obrátil na sexuológa alebo psychológa.

Nádorové ochorenie výrazne zasahuje do citovej roviny človeka. Tvrdá (2006) uvádza, že u onkologicky chorých sa prejavujú emocionálne stavy ako strach, úzkosť, smútok, beznádej a depresia. Hudáková a kol. (2012) sa tiež zmieňujú o prežívaní týchto negatívnych emócií, ale aj neistoty, bezradnosti, bezmocnosti, sklúčenosti až apatie. Po oznámení onkologického ochorenia mal náš pacient strach z budúcnosti. Kuriplachová a Pavelková (2010) poukazujú na to, že v priebehu vážnej choroby sa pacienti začínajú zaoberať otázkami zmyslu vlastného života. Každý človek v takejto situácii potrebuje vedieť, že jeho život mal a až do poslednej chvíle má zmysel. Pre nášho pacienta je najdôležitejšie, aby sa čo najskôr uzdravil a zrušili mu kolostómiu. U onkologicky chorých je emocionálna podpora nesmierne dôležitá. Úlohou sestry je aktívne počúvať, vyjadriť pacientovi emocionálnu blízkosť, láskavým zaobchádzaním naznačiť náklonnosť, upokojovať ho a dodávať mu nádej, keď sa prepadá do depresie, beznádeje alebo pocitu odcudzenia. Sestra môže chorého edukovať aj o vyhľadávaní odbornej pomoci. Liga proti rakovine a Europacoln Slovensko sú neziskové organizácie, ktorých cieľom je pomáhať onkologickým pacientom. Obidve poskytujú svoje služby prostredníctvom infolinky alebo elektronického online poradenstva. Svojpomocné Kluby stomikov umožňujú pacientom s vývodom stretnúť sa s inými ľuďmi s rovnakým problémom.

Suchánková a Ďaďová (2014) prezentujú, že dočasná pracovná neschopnosť pri nádoroch hrubého čreva a konečníka trvá zvyčajne počas celého obdobia liečby, spravidla 52 týždňov. Pokiaľ u pacientov s kolorektálnym karcinómom trvá nepriaznivý zdravotný stav dlhodobo, najmenej jeden rok, a nie je u nich predpoklad obnovenia pracovnej činnosti, prechádzajú do invalidity. Náš pacient musel odísť zo zamestnania. Pacient by mal byť informovaný o zákone č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, kde sú stanovené podmienky nároku na nemocenské dávky a na invalidný dôchodok. V zákone č. 447/2008 Z. z. o peňažných

príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, sa pacient môže dozvedieť o oblastiach kompenzácie, o posudkovej činnosti, o druhoch peňažných príspevkov, o vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a parkovacieho preukazu pre fyzickú osobu so zdravotným postihnutím. V prípade komplexnejších informácií odkázať pacienta, aby sa informoval na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny.

Dobré rodinné a interpersonálne vzťahy poskytujú pacientom oporu v ťažkých chvíľach počas onkologickej liečby. Hudáková a kol. (2012) prezentujú, že členovia rodiny onkologického pacienta trpia emočným diskomfortom a zvýšeným napätím, ktoré sú následkom ich neschopnosti vyrovnat' sa s touto pre nich stresovou situáciou. Niektorí blízki príbuzní sa vyhýbajú vzájomnému kontaktu s chorým, pretože nevedia zniesť myšlienku, že sa život ich blízkeho končí. U nášho pacienta nemala prítomnosť kolorektálneho karcinómu výrazný vplav na vzťahy s rodinou alebo s okolím.

ZÁVER

Onkologické ochorenie so sebou prináša viaceré dôsledky, ktoré majú vplyv na kvalitu života pacienta. Pri ich zmiernení zohráva významnú úlohu ošetrojúci personál, ktorý by mal pacienta podporiť, zmiernovať jeho obavy a edukovať ho o nežiaducich účinkoch liečby. Neustále riešenie stresových situácií, trvalá blízkosť smrti a uvedomovanie si vlastnej smrteľnosti, únava, smútok, obavy a depresívne nálady sprevádzajú pacienta i personál počas jeho hospitalizácie. Emocionálna podpora a porozumenie zo strany príbuzných pozitívne prispieva k zvládaniu a vyrovnávaniu sa s dôsledkami onkologického ochorenia.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ČEŠKA, R. a kol. 2010. *Interna*. 1. vyd. Praha : Triton, 2010. 876 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

HUDÁKOVÁ, Z. a kol. 2012. *Onkologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Ružomberok : Verbum
Katólicka univerzita, 2012. 146 s. ISBN 978-80-8084-363-2.

JANÍKOVÁ, E. – ZELENÍKOVÁ, R. 2013. *Ošetrovatel'ská péče v chirurgii*. 1. vyd. Praha :
Grada Publishing, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

- JURGOŠ, Ľ. a kol. 2006. *Gastroenterológia*. 1. vyd. Bratislava : Slovenská akadémia vied, 2006. 688 s. ISBN 80-224-8093-x.
- KOHÚTEK, F. a kol. 2015. Sledovanie pacientov po onkologickej liečbe. In *Onkológia*. ISSN 1336-8176, 2015, roč. X., č. 3, s. 148 – 156.
- KURIPLACHOVÁ, G. – PAVELKOVÁ, M. a kol. 2010. *Existenciálne a spirituálne potreby onkologicky chorých*. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita, 2010, 170 s. ISBN 978-80-555-0261-8.
- ONDRUŠOVÁ, M. – ŠPÁNIK, S. – PŠENKOVÁ, M. 2015. Vybrané ukazovatele epidemiológie kolorektálneho karcinómu na Slovensku. In *Onkológia*. ISSN 1336-8176, 2015, roč. X., č. 4, s. 219-222.
- SUCHÁNKOVÁ, M. – ĎAĎOVÁ, A. 2014. Kolorektálny karcinóm: posudzovanie z hľadiska sociálneho zabezpečenia. In *Lekárske listy : odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477, 2014, 2/2014, s. 13 – 15.
- TVRDÁ, G. 2006. Psychoterapeutické prístupy k onkologickému pacientovi. In *Sestra : odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V., č. 7 – 8, s. 28 – 29.

Kontakt na autorov:

Mgr. Erika Herbačeková

VšNsP Lučenec, n.o.

E-mail: erika.herbackova@gmail.com

PhDr. Andrea Ševčovičová

VšZaSP sv. Alžbety

Kósu Schopera 22

048 01 Rožňava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

KOMPETENCIE SESTIER

HRINDOVÁ Tatiana

ABSTRAKT

Príspevok je venovaný problematike rozsahu kompetencií sestier v praxi v súvislosti s úrovňou dosiahnutého vzdelania. Európska federácia sestier (ďalej iba „EFN“) odporučila pre zabezpečenie rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti štyri kvalifikačné stupne pracovníkov v ošetrovatelstve, ktoré zohľadňujú úroveň dosiahnutého vzdelania pracovníkov a s tým súvisiacu zodpovednosť za vlastný výkon. V príspevku charakterizujeme jednotlivé stupne, rozsah kompetencií podľa odporúčania EFN.

Kľúčové slová: Európska federácia sestier. Kompetencia. Sestra. Sestra špecialistka. Sestra s pokročilou praxou.

ÚVOD

Význam pojmu kompetencia podľa slovníka cudzích slov je „odborná alebo vecná príslušnosť úradného orgánu; úradná alebo iná právomoc“, čiže jasne vymedzená zodpovednosť za výkon odborných činností zodpovedajúcich danej odbornosti. Pre výkon ošetrovateľských činností je kompetencia viac ako len vedomosť a zručnosť. Obsahuje tiež schopnosť splňať komplexné požiadavky využívaním a mobilizovaním psychosociálnych zdrojov, vrátane zručností a postojov, v konkrétnom kontexte. Ako uvádza Európska federácia sestier (2015), kompetencia je priesečník medzi vedomosťami, zručnosťami, postojmi a hodnotami, rovnako ako mobilizácia špecifických zložiek s cieľom previesť ich do určitého kontextu alebo reálnej situácie, a preto prichádza s najlepšou činnosťou. V kontexte Európskeho kvalifikačného rámca sú kompetencie popísané vo vzťahu k zodpovednosti a samostatnosti. Kompetencia ako preukázaná schopnosť aplikovať vedomosti, zručnosti a osobné a sociálne schopnosti v profesionálnom a osobnom rozvoji. (EFN Rámec kompetencií prijatých na Valnom zhromaždení EFN, 2015)

V Slovenskej republike odborníci v ošetrovatelstve sa už dlhšie venujú diskusii súvisiacej s uplatňovaním kompetencií sestier, s využívaním odborného potenciálu sestier s dôrazom

na uplatňovanie autonómnych kompetencií v komunitných službách, domácej ošetrovateľskej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti. Potreba zabezpečenia multiodborovej zdravotnej starostlivosti spôsobila vývoj, pre ktorý je charakteristické prerozdelenie kompetencií v rámci terapeutického tímu tak, aby boli využité vedomosti a zručnosti jednotlivých zdravotníckych pracovníkov. Trend zmien, ktorými prechádzajú zdravotnícke systémy vo svete dáva tušiť, že aj na Slovensku je potrebné prehodnotiť rozsahy kompetencií jednotlivých zdravotníckych povolání, tak aby zodpovedali rozsahu dosiahnutého vzdelania.

V Slovenskej republike z celkového počtu sestier má cca 50% ukončené špecializačné štúdium v jednom zo špecializačných študijných odborov a cca 30% sestier má dosiahnuté vysokoškolské vzdelanie 1. alebo 2.st. V nariadení vlády SR č.296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, sa v § 11 ods. 2 uvádza “Odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných činností sa získava špecializačným štúdiom v špecializačných odboroch ...“ V súčasnosti platná Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, neumožňuje rozčleniť zodpovednosť za výkon ošetrovateľskej praxe sestry podľa úrovne dosiahnutého vzdelania, ani nedefinuje rozsah praxe pre špecializované činnosti sestry po dosiahnutí špecializácie. Pri analýze týchto legislatívnych noriem a kritickým zhodnotením výkonu ošetrovateľskej praxe musíme skonštatovať, že súčasný model vzdelávania sestier poskytuje širšie uplatnenie kompetencií sestier, ako je sestrám v súčasnosti pri výkone praxe umožnené. Odborníci ošetrovateľstva jednotlivých štátov, ktoré sú členmi EFN sa dohodli na klasifikácii štyroch kvalifikačných stupňoch zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa podieľajú na realizovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Hlavným kritériom zadefinovania 4 kategórií zdravotníckych pracovníkov bolo dosiahnuté vzdelanie a prináležiace kompetencie:

- prvým kvalifikačným stupňom pracovníkov v ošetrovateľstve podľa odporúčania EFN sú zdravotnícki asistenti,
- druhým kvalifikačným stupňom sú registrované sestry,
- tretím kvalifikačným stupňom sestry špecialistky a
- štvrtým kvalifikačným stupňom sú sestry s pokročilou praxou.



Obr.1 Odporúčanie EFN pre kvalifikačné stupne pracovníkov v ošetrovatel'stve
(Zdroj: Vlastné spracovanie)

V Smernici 2013/55/ES je uvedené, že odborná príprava sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť zahŕňa celkovo najmenej tri roky štúdia a začne po 12 rokoch všeobecného vzdelania. Bod 31 tejto Smernice stanovuje tieto kompetencie **registrovanej sestry**:

- samostatne diagnostikuje požadovanú ošetrovatel'skú starostlivosť, používa aktuálne teoretické a klinické vedomosti, plánuje organizuje a realizuje ošetrovatel'skú starostlivosť pri liečbe pacientov na základe získaných vedomostí a zručností s cieľom zlepšiť odbornú prax,
- efektívne spolupracuje s ďalšími subjektmi v odvetví zdravotníctva, vrátane účasti na praktickom výcviku zdravotníckeho personálu na základe získaných vedomostí a zručností,
- samostatne iniciatívne podporuje opatrenia na zachovanie života a vykonáva opatrenia v krízových a havarijných situáciách,
- realizuje nezávislé poradenstvo, poučenie a podporu osobám, ktoré potrebujú starostlivosť o svoje zdravie,
- nezávisle plánuje a realizuje opatrenia na zabezpečenie kvality života a hodnotí ošetrovatel'skú starostlivosť,
- efektívne komunikuje v tíme a spolupracuje s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve,

- analyzuje kvalitu starostlivosti s cieľom zlepšiť vlastnú profesionálnu prax, ako aj všeobecnú starostlivosť.

V podmienkach Slovenskej republiky na základe platnej legislatívy, spĺňa podmienky na výkon registrovanej sestry sestra, ktorá má ukončené vzdelanie na SZŠ v odbore všeobecná, detská sestra, VOV v odbore diplomovaná všeobecná sestra a absolventka 1 st. VŠ v odbore ošetrovateľstvo, spĺňa podmienky odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania sestra podľa nariadenia vlády SR č.296/2010 Z.z.

Registrovaná sestra špecialistka

V rámci členských štátov EÚ existujú rôzne špecializácie a rôzne dĺžky trvania vzdelávania. Spoločný trend však je, že špecializácia začína po dosiahnutí kvalifikácie registrovaná sestra, čiže prostredníctvom postgraduálneho štúdia.

Väčšina špecializačných programov v jednotlivých krajinách je zameraná pre výkon praxe sestry pre konkrétne ochorenia (sestra pracujúca v odbore psychiatria, sestra pracujúca v onkológii), alebo pre okruh životných období (detstvo, staroba), alebo pre jednotlivé odvetvia (komunitná, intenzívna starostlivosť). Najčastejšie špecializačné programy pre sestry v štátoch EÚ patrí: anestézia a intenzívna starostlivosť, ošetrovateľská starostlivosť v komunite, manažment v ošetrovateľstve, perioperačná starostlivosť, ošetrovateľstvo duševného zdravia, inštrumentovanie v operačnej sále, dlhodobá starostlivosť.

Podľa odporúčania Permanent Committee of Nurses of the European Council musí byť špecializačný program schválený akreditačnou komisiou, štúdium musí prebiehať v akreditovanej vzdelávacej ustanovizni vyššieho typu alebo univerzite, kde majú vlastný pedagogický zbor a vyučujúci sú sestry špecialistky. Výber štúdia podlieha prijímaciemu konaniu, študujúci má mať pred prijatím aspoň rok praxe, dĺžka štúdia je minimálne 12 mesiacov, štúdium obsahuje najmenej 720 hodín, z toho minimálne 50% je prax v špecializačnom odbore, absolvovanie štúdia je zakončené získaním diplomu.

V Slovenskej republike podmienky pre rozsah praxe registrovanej sestry špecialistky spĺňa sestra, ktorá má ukončené vzdelanie na SZŠ v odbore všeobecná, detská sestra, VOV v odbore diplomovaná všeobecná sestra a absolventka 1 st. VŠ v odbore ošetrovateľstvo, spĺňa podmienky odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania sestra a má absolvované

špecializačné štúdium v niektorom zo špecializačných štúdií určených pre sestry v prílohe nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z.z.

Registrovaná sestra s pokročilou praxou

Pokročilá prax v ošetrovatelstve predstavuje novodobú rolu sestry. ICN (2009) definuje sestru s pokročilou praxou ako registrovanú sestru so získanými odbornými znalosťami, s komplexnými rozhodovacími schopnosťami a klinickými kompetenciami pre expandovanú prax, ktorej charakteristiky sú dané krajinou v ktorej je oprávnená vykonávať povolanie. Odporúčaná úroveň akademického vzdelania pre sestru s pokročilou praxou je magisterské vzdelanie. Výsledky výskumov v krajinách, ktoré majú skúsenosti s uplatňovaním pokročilej praxe poukazujú na pozitívny prínos pre pacientov, sestry samotné, manažmenty zdravotníckych zariadení, ako aj pre zdravotnícky systém celkovo.

ICN charakterizuje podstatu pokročilej praxe v týchto oblastiach:

- integrácia manažmentu výskumu, vzdelávania a praxe,
- vysoký stupeň profesionálnej autonómie,
- case manažment,
- posudzovanie rizík ohrozujúcich zdravie,
- uznané pokročilé kompetencie,
- poskytovanie konzultačných služieb pre poskytovateľov služieb,
- plánovanie implementácia a hodnotenie programov,
- prvý kontakt pre klientov.

Rozsah pokročilej praxe ICN (2009) odporúča v závislosti od špecifik legislatívy jednotlivých krajín:

- právo diagnostikovať,
- povolenie predpisovať liečivá,
- povolenie predpisovať liečbu,
- povolenie odporúčať pacientom k iným odborníkom,
- povolenie prijímať pacientov do nemocnice,
- právo používať názov „sestra s pokročilou praxou,

- legislatíva regulujúca podmienky pre výkon sestry s pokročilou praxou (Greš-Halás, Tkáčová, 2017).

Podmienky rozsahu praxe pre sestru s pokročilou praxou sú v Slovenskej republike zatiaľ v rovine návrhov, ktoré zodpovedajú rozsahu odporúčaného ICN. Návrh podmienok, ktoré musí sestra splniť, aby nadobudla kompetencie sestry s pokročilou praxou sú: dosiahnutý 2.st.VŠ v odbore ošetrovateľstvo, špecializačné štúdium v niektorom zo špecializačných štúdií určených pre sestry v prílohe nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z.z. a minimálne 5 rokov praxe v príslušnom špecializačnom odbore.

ZÁVER

Tvorba a návrh kompetencií pre jednotlivé kvalifikačné stupne sestier je prelomovým momentom v uplatňovaní rozsahu praxe sestrami. Vytváranie kariérnych možností, podpora autonómnej praxe sestry môže významne ovplyvniť atraktivitu povolania sestry. Odborná príprava sestier a pôrodných asistentiek má zabezpečiť, aby sestry plnili súčasné potreby spoločnosti, ale taktiež aby vedeli svoje schopnosti inovovať a napĺňať potreby aj v budúcnosti. Výsledky výskumov a komplexnosť zachovávanía zdravia a starostlivosti o chorých sa stále rozširujú. Preto je nevyhnutné reflektovať na tieto zmeny, aby sestra mohla poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť efektívne, s dôrazom na práva a bezpečnosť pacienta, na jeho podiel v rámci rozhodovania pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

EFN Guideline k implementácii Článku 31 Smernice 2005/36/EC o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií v znení Smernice 2013/55/EU
 EFN Rámec kompetencií prijatých na Valnom zhromaždení EFN, Apríl 2015, Brusel
 ICN, 2009. Nurse PractitionerúAdvanced Practice Nurse : Definition and Characteristics.
 dostupné na: <http://www.icn.ch/networks/icn-networks/>

GREŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ. 2017. Kompetencie sestier s pokročilou praxou.

In : *Sestra*, 1-2, 2017, ISSN1335-9444.

Nariadenie vlády SR č.296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom

Kontakt na autora:

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

MZ SR

trindova.tatiana@gmail.com

NEŽIADUCE UDALOSTI V KÚPEĽNOM ZARIADENÍ Z OŠETROVATEĽSKÉHO ASPEKTU

HULKOVÁ Viera, KUBRICZKÁ Beata

ABSTRAKT

Evidencia poškodenia zdravia so zameraním na pády a úrazy sa v SLK Piešťany sleduje od roku 2007, avšak validné štatistické údaje s presne nastavenými parametrami sú dostupné od roku 2015. Autorky v príspevku prezentujú výsledky manažmentu nežiaducich udalostí v Kúpeľoch Piešťany v rokoch 2015 a 2016. K sledovaným indikátorom okrem pádov a úrazov patria nežiaduce udalosti spôsobené aplikáciou bahna, prerušenie kúpeľnej liečby, zlyhanie zdravotníckej pomôcky a iná udalosť.

Kľúčové slová: Indikátory. Nežiaduce udalosti. Pády. SLK Piešťany. Úrazy.

ÚVOD

Zdravotnícke zariadenie to je široké spektrum odborníkov, jedinečných osobností, rozdielnych pováh, veľmi silných emócií, stresov, zložitých diagnostických a liečebných technológií, ale aj nedostatok finančných a personálnych zdrojov. Zdravotnícke zariadenie je aj miestom mnohých nežiaducich udalostí, pochybení, rizík, chýb a iných mimoriadnych udalostí. Každé zariadenie má svoje špecifiká, odlišnú organizačnú kultúru, systém riadenia, financovanie.

V minulých desaťročiach bola téma pochybení v zdravotníctve tabuizovaná, fakty o nežiaducich udalostiach sa buď ignorovali alebo podceňovali, spochybňovali. Sme však svedkami množstva pochybení v slovenských zdravotníckych zariadeniach, väčšina z nich je medializovaných a riešených Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Jedným z preventívnych nástrojov na elimináciu výskytu nežiaducich udalostí v zdravotníckom zariadení je zavedenie monitoringu, nepretržitého sledovania výskytu nežiaducich udalostí s dôrazom na procesné riadenie s cieľom trvale znižovať ich výskyt.

Ak majú byť tieto opatrenia účinné, tak to nesmie byť chápané ako povinnosť daná zákonom, ale ako aktívna snaha zlepšiť svoju prácu. V praxi nestačí mať v zdravotníckom zariadení vypracovaný vnútorný predpis, napr. prevenciu pádov, štandard podávania infúznej terapie a pod., ale je nutné, aby sa s ním zdravotnícki pracovníci stotožnili a najmä ho dodržiavali. Z toho dôvodu je potrebné zaviesť aj účinný vnútorný kontrolný systém dodržovania pravidiel. V porovnaní s inými oblasťami je zdravotníctvo stále špecifické neochotou prijať skutočnosť, že aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dochádza k chybám (Škrla, Škrlová, 2008).

„Pády sú jednou z najčastejších príčin úrazov starých ľudí, ktoré sú piatou najčastejšou príčinou ich smrti. Asi 25% ľudí vo veku 65-74 rokov v priebehu roka spadne. Nad 75 rokov je to až 50% osôb“ (Krajčík, 2006, s. 344).

LEGISLATÍVNE VÝCHODISKÁ

Problematika zvyšovania bezpečnosti pacientov je celosvetovým problémom. V apríli 2005 bola schválená na summite členských štátov EU tzv. Luxemburská deklarácia k bezpečnosti pacientov, ktorá obsahuje aj nasledujúce odporúčania pre členské štáty EU:

- umožniť pacientom úplný a voľný prístup k informáciám, ktoré boli o nich zhromaždené počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť správnosť a zrozumiteľnosť týchto informácií pre pacientov,
- zaviesť národný dobrovoľný systém hlásenia nežiaducich udalostí a pochybení,
- zaviesť procesy v oblasti riadenia rizík, indikátory kvality,
- zaviesť elektronickú dokumentáciu,
- sledovať bezpečnosť pracovného prostredia v zdravotníctve,
- zahrnúť informácie o bezpečnosti pacientov do štandardného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov,
- národná legislatíva (Poláková, 2013).

Podľa správy komisie Rady EK absentuje v SR komplexný program na sledovanie a prevenciu pádov. Ďalším problémom je aj nejednota v pojmoch a ich presné vymedzenie: nežiaduca udalosť, pochybenie, mimoriadna udalosť a pod. (Škrla, Škrlová, 2008).

Podľa Metodického pokynu MZ SR pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, 2013, nie sú pády zaradené k indikátorom kvality. 1. januára 2015 nadobudlo účinnosť Metodické usmernenie č. 03/2014 ÚDZS o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého sú pády súčasťou systému hlásenia udalostí v ústavnom zdravotníckom zariadení. Podľa čl.1 bod 4 tohto usmernenia je „najdôležitejšou funkciou systémov hlásenia chýb, omylov a nežiaducich udalostí pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti skúmanie, analýza a využitie získaných údajov na priame zlepšovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti...“

Poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti v čl.2 bod 4 odporúča zabezpečiť „prostredníctvom vlastných odborníkov:

- a) priebežné hodnotenie a systematickú analýzu hlásených chýb, omylov a nežiaducich udalostí,
- b) vypracovanie príslušných preventívnych opatrení,
- c) šírenie kľúčových informácií o chybách, omyloch, nežiaducich udalostiach a preventívnych opatreniach v rámci pravidelných vzdelávacích aktivít a odborných školení organizovaných pre zdravotníckych pracovníkov“.

MANAŽMENT NEŽIADUCICH UDALOSTÍ KÚPELNEJ LIEČBY V SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY

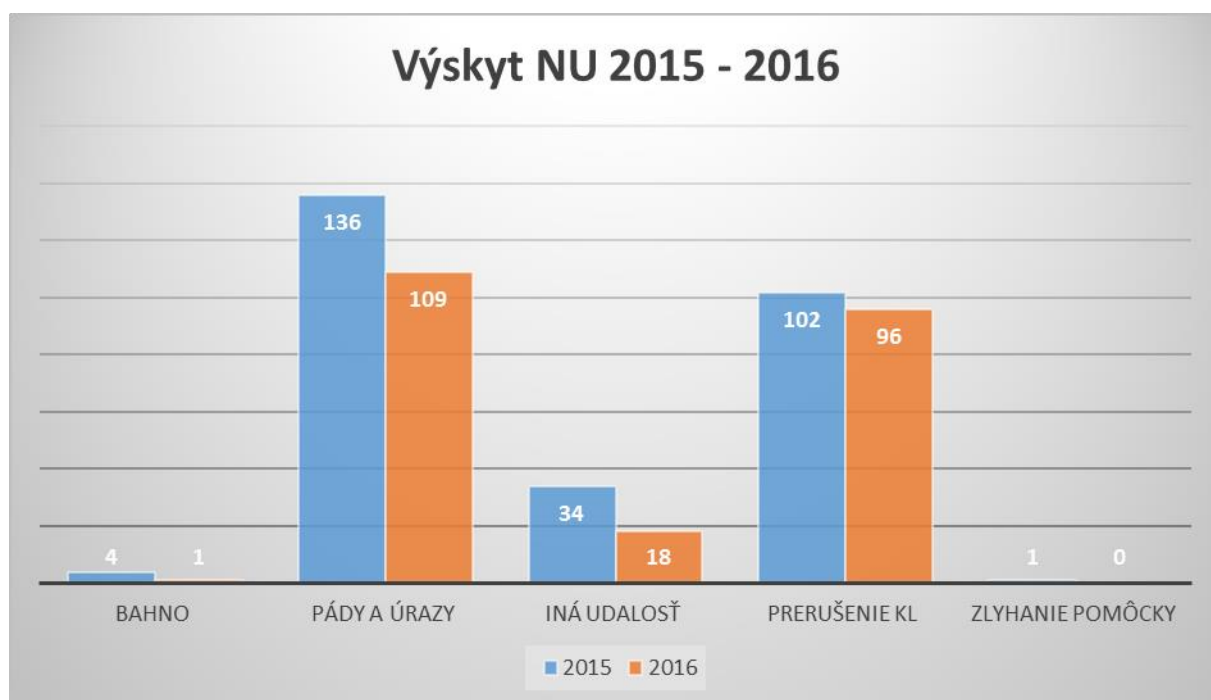
Systematické sledovanie a evidenciu nežiaducich udalostí v súvislosti s kúpeľnou liečbou sme v SLK Piešťany nastavili koncom roka 2014. Je to proces identifikovania, vyhodnocovania a riešenia potencionálnych alebo aktuálnych rizík, ktoré môžu byť zdrojom zranenia, finančnej straty alebo straty dobrej povesti zdravotníckeho zariadenia. K sledovaným indikátorom patria:

1. nežiadúce udalosti súvisiace s podávaním bahna,
2. pády a úrazy,
3. prerušenie kúpeľnej liečby,
4. zlyhanie zdravotníckej pomôcky,
5. iná udalosť.

Ciele manažmentu nežiaducich udalostí:

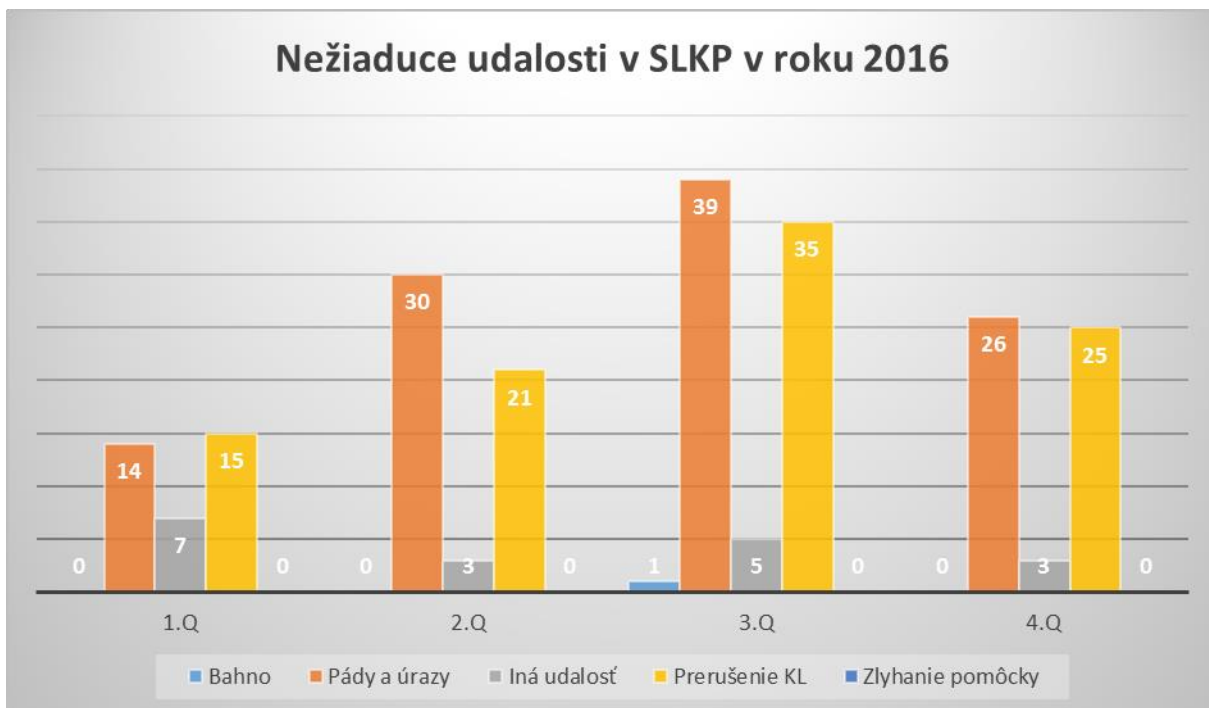
- efektívny a fungujúci proces hlásenia a prevencie nežiaducich udalostí,
- riadne vedenie dokumentácie,
- proces efektívneho hlásenia a riešenia sťažností pacientov a zamestnancov,
- efektívny systém prevencie pochybení zdravotníckych pracovníkov,
- prevencia súdnych sporov,
- bezpečnosť personálu a prostredia.

V roku 2015 bolo evidovaných v SLKP a.s. 277 nežiaducich udalostí, z toho bolo najviac pádov a úrazov (136) a následne v 102 prípadoch prerušená kúpeľná liečba. V roku 2016 bolo zaznamenané mierne zníženie výskytu nežiaducich udalostí, z celkového počtu 224 bolo 109 evidovaných ako pády a úrazy a 96 prerušení kúpeľnej liečby.



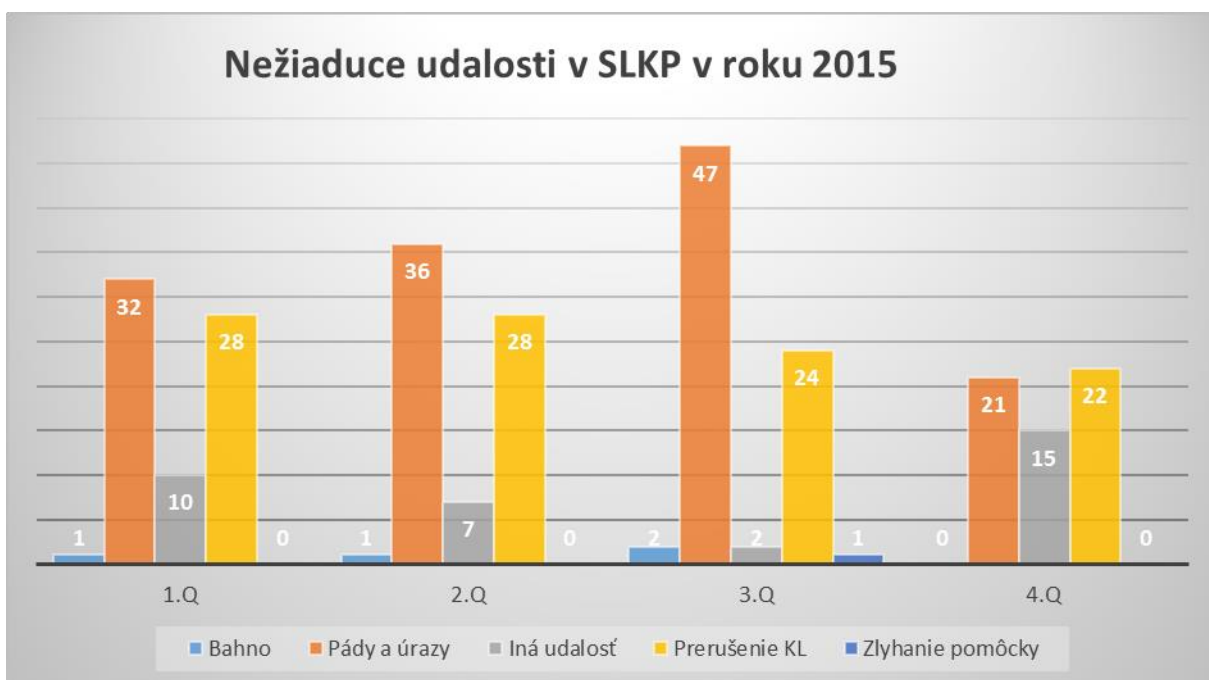
Graf č. 1 Porovnanie výskytu nežiaducich udalostí 2015 – 2016

Zdroj: SLKP, 2017



Graf č. 2 Počet nežiaducich udalostí v SLKP Piešťany v roku 2016

Zdroj: SLKP, 2017



Graf č. 3 Počet nežiaducich udalostí v SLKP Piešťany v roku 2015

Zdroj: SLKP, 2017

Grafy č. 2 a č. 3 prezentujú počty nežiaducich udalostí podľa kvartálov v rokoch 2015 a 2016. Z výsledkov je zrejmé, že zvýšený výskyt nežiaducich udalostí súvisí s hlavnou kúpeľnou sezónou, od apríla do septembra, kedy je posteľová kapacita kúpeľov naplnená.

ANALÝZA PÁDOV A ÚRAZOV V SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY

70% klientov SLKP tvoria osoby staršie než 65 rokov a s tým súvisí aj výskyt nežiaducich udalostí, najmä pádov a úrazov, ktoré ich ohrozujú na živote. Pády a úrazy sú veľkým problémom z pohľadu zdravotného, sociálneho i ekonomického:

- pády spôsobujú časté komplikácie s vážnymi následkami,
- predlžujú dobu hospitalizácie,
- zdravotníckemu zariadeniu hrozia právne spory.

Priemerný vek klientov SLKP, u ktorých bol evidovaný pád/úraz:

- v roku 2013: 1941
- v roku 2014: 1945
- v roku 2015: 1946
- v roku 2016: 1946.

Ak porovnáme výskyt pádov a úrazov podľa pohlavia klientov, tak jednoznačne je vyšší u žien. V rámci analýzy pádov a úrazov sledujeme aj miesto výskytu pádu, ktoré sme rozdelili na balneoprevádzky, kde sa podávajú liečebné procedúry, priestory hotela a mimo kúpeľov. Z prehľadovej tabuľky je zrejmé, že od roku 2013 je najvyšší výskyt pádov a úrazov v priestoroch hotela.

Tabuľka č. 1 Porovnanie výskytu pádov a úrazov podľa miesta udalosti

Miesto	Pády/úrazy 2013	Pády/úrazy 2014	Pády/úrazy 2015	Pády/úrazy 2016
B - balneo	13	37	30	33
H – hotel	35	77	66	55
O – inde	14	29	40	21
Spolu	61	143	136	109

Zdroj: SLKP, 2017

Tabuľka prezentuje výsledky zisťovania výskytu pádov a úrazov podľa jednotlivých mesiacov, teda podľa ročných období. Po analýze sme dospeli k záveru, že ročné obdobie signifikantne neovplyvňuje výskyt pádov. Predpokladal sa vyšší výskyt pádov v zimných mesiacoch, čo sa nám ale nepotvrdilo.

Tabuľka č. 2 Porovnanie výskytu pádov a úrazov podľa jednotlivých mesiacov

Mesiac	2013	2014	2015	2016
Január	1	7	6	7
Február	6	8	16	4
Marec	4	8	10	3
Apríl	5	14	10	5
Máj	7	11	16	14
Jún	5	8	10	11
Júl	5	21	16	9
August	8	18	13	14
September	9	12	18	16
Október	8	18	8	18
November	1	11	10	5
December	1	7	3	3
SPOLU	61	143	136	109

Zdroj: SLKP, 2017

Tabuľka č. 3 ilustruje výsledky komparatívnej analýzy klasifikácie pádov a úrazov v rokoch 2013-2016 podľa následkov. Podľa nastavených kritérií zaznamenávame v sledovaných rokoch

najvyšší výskyt následkov pádov a úrazov, ktoré si vyžadujú liečbu, zákrok, hospitalizáciu, ukončenie alebo prerušenie kúpeľnej liečby. Najčastejšie sa jedná o zlomeniny.

Tabuľka č. 3 Klasifikácia pádov a úrazov podľa následkov

Klasifikácia pádov/úrazov	Pády/úrazy 2013	Pády/úrazy 2014	Pády/úrazy 2015	Pády/úrazy 2016
1 - bez následkov (napr. bez obmedzenia pohyblivosti)	0	8	15	7
2 - následkom pádu je riziko komplikaácií, je potrebné sledovanie zdravotného stavu	23	58	59	30
3 - s následkami vyžadujúcimi zákrok/ liečbu	38	77	62	72
4 - ireverzibilné poškodenie alebo smrť	0	0	0	0

Zdroj: SLKP, 2017

PRERUŠENIE KÚPEĽNEJ LIEČBY

Ďalším sledovaným indikátorom je prerušenie kúpeľnej liečby. Môže nastať z troch dôvodov: v dôsledku úmrtia klienta, v dôsledku neočakávaného vážneho zhoršenia zdravotného stavu klienta alebo z iných dôvodov, najčastejšie rodinných.

Kúpeľnú liečbu možno opakovať jedenkrát v kalendárnom roku na základe odporúčania lekára špecialistu v príslušnom odbore. Pri niektorých indikáciách je možné absolvovať kúpeľnú liečbu raz za dva roky. Zaujemca o kúpeľnú liečebnú starostlivosť (poistenec zdravotnej poisťovne SR alebo ČR) požiada lekára špecialistu alebo všeobecného lekára o vystavenie návrhu na kúpeľnú starostlivosť. Návrh na kúpeľnú starostlivosť musí byť podpísaný a doručený príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr šesť týždňov pred uplynutím doby indikácie.

Kúpeľná liečba má indikácie A alebo B. V prípade indikačnej skupiny A, posiela zdravotná poisťovňa schválený návrh na kúpeľnú liečbu priamo do kúpeľov, ktoré poistenca predvolajú

na kúpeľnú starostlivosť. Zdravotná poisťovňa hradí náklady na ubytovanie, stravu a liečenie podľa zmluvných podmienok. Rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia ustanovuje §7 Kúpeľná starostlivosť, zákona SR č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Odsek 3 uvedeného zákona uvádza „Choroby, pri ktorých sa kúpeľná starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia, indikačné podmienky a dĺžka liečebného pobytu sú uvedené v Indikačnom zozname pre kúpeľnú starostlivosť, ktorý tvorí prílohu č. 6.“

Poistenci s indikačnou skupinou A hradia 1,66 EUR za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v liečebných kúpeľoch v súlade so znením nariadenia vlády SR č. 403/2008 Z.z., ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z.z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Kúpeľný pobyt indikačnej skupiny A v SLKP Piešťany zahŕňa ubytovanie, plnú penziu, kúpeľnú liečbu (do troch procedúr denne šesť dní v týždni okrem nediel a štátnych sviatkov).

Pri návrhoch na kúpeľnú liečbu v indikačnej skupine B zdravotná poisťovňa odosiela návrh priamo do kúpeľov, ktoré poistenca predvolajú na kúpeľnú starostlivosť alebo zašle schválený návrh poistencovi, ktorý si zabezpečí kúpeľný pobyt priamo v niektorých z kúpeľov, ktoré mu odporučí zdravotná poisťovňa.

Zdravotná poisťovňa hradí náklady na liečenie, náklady na ubytovanie a stravu si hradí poistenec. Doplátky za ubytovanie a stravu v SLKP Piešťany sú od 4,98 EUR do 108,00 EUR na osobu/ noc v závislosti od kategórie ubytovania, zdravotnej poisťovne a termínu pobytu.

Okrem indikovanej ústavnej kúpeľnej starostlivosti, je možné poistencovi ponúknuť na základe jeho žiadosti, aj ambulatnú kúpeľnú starostlivosť. Zo zdravotného poistenia sa poistencovi hradia náklady na vyšetrenie a liečenie v kúpeľnom zariadení v zmluvne dohodnutom rozsahu.

SLKP Piešťany majú uzatvorené zmluvy so všetkými poisťovňami v rámci SR.

V rámci ČR s:

- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Revírní bratská pokladna, zdravotní pojišťovna,
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR,
- Oborová zdravotní pojišťovna (Cenník 2017, Zdravie a vitalita, SLKP, 2017).

V tabuľke č. 4 prezentujeme počty prerušenia kúpeľnej liečby v rokoch 2015 a 2016. Najčastejším dôvodom bolo neočakávané vážne zhoršenie zdravotného stavu. V roku 2015 bola kúpeľná liečba skrátaná o 917 dní a v roku 2016 o 1074 dní.

Tabuľka č. 4 Prerušenie kúpeľnej liečby

Dôvod skrátenia kúpeľnej liečby	2015	2016
D - úmrtie	1	2
U - neočakávané vážne zhoršenie zdravotného stavu	83	76
O – iné	18	18

Zdroj: SLKP, 2017

VÝKONY KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKÝCH LIEČEBNÝCH KÚPEĽOCH PIEŠŤANY V ROKOCH 2014 - 2016

Pre úplnosť komparovaných údajov uvádzame v tejto časti príspevku počty výkonov kúpeľnej starostlivosti v rokoch 2014 až 2016 a osobitne aj počty vybraných ošetrovateľských výkonov. Pri poskytnutí liečebnej kúpeľnej a ošetrovateľskej starostlivosti v počtoch niekoľko stotisíc výkonov ročne, si autorky príspevku dovoľujú konštatovať, že je počet nežiaducich udalostí v ich súvislosti zanedbateľný a že zdravotnícki pracovníci v SLKP poskytujú vysoko kvalitnú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť.

V roku 2014 absolvovali klienti SLKP spolu 1 223 737 výkonov. V roku 2015 bolo podaných 1 258 887 kúpeľných procedúr a v roku 2016 spolu 1 227 892 výkonov klientom v rámci ambulantnej a ústavnej kúpeľnej starostlivosti. Z výkonov jednoznačne prevažujú

vodné procedúry. K týmto číslam je potrebné prirátať počty výkonov ošetrovateľskej starostlivosti ako uvádza tab. č. 6. Počet postelí na liečebné účely sa od roku 2014 mení iba minimálne, ide o cca 2080 postelí.

Tabuľka č. 5 Výkony kúpeľnej starostlivosti

Výkony	Výkony kúpeľnej starostlivosti 2014		Výkony kúpeľnej starostlivosti 2015		Výkony kúpeľnej starostlivosti 2016	
	amb.	ústavná	amb.	ústavná	amb.	ústavná
Minerálne a termálne kúpele	22 135	223 807	44 754	203 877	24 712	222 405
Peloidné výkony	12 899	130 425	25 672	116 950	15 064	135 579
Vodoliečba a masáže	23 220	234 775	44 625	203 290	23 837	214 535
Rehabilitácie	19 747	199 669	45 696	208 169	23 443	210 988
Elektrofyzikálne výkony	14 101	142 580	30 650	139 626	16 384	147 455
Inhalácie	1 262	12 762	2 330	10 612	1 636	14 723
Ostatné kúpeľné výkony	16 772	169 583	32 874	149 762	17 713	159 418
Spolu	110 136	1 113 601	226 601	1 032 286	122 789	1 105 103

Zdroj: SLKP, 2017

Tabuľka č. 6 Výkony ošetrovateľskej starostlivosti

Výkony	2014	2015	2016
Odbery krvi		2 444	2 462
Vyšetrenie moču		2 436	2 448
EKG		1 190	833
Meranie TK		48 521	59 936
Spolu	37 282	48 521	65 679

Zdroj: SLKP, 2017

ZÁVER

Pacientom dnes nestačí ponúknuť kvalitnú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť, je potrebné sa zamyslieť aj nad prostredím, v ktorom sa starostlivosť poskytuje a eliminovať jeho traumatizujúci vplyv. Je potrebná vzájomná otvorená komunikácia o chybách a omyloch a ich následkoch - pre zdravotnícke zariadenie, pre poskytovateľa, pre pacienta. Manažment zdravotníckeho zariadenia by mal podporovať vzdelávanie pracovníkov v tejto oblasti, pokúsiť sa zmeniť ich myslenie, správanie a postoje k hláseniu chýb a omylov tým, že bude preferovať tímovú prácu, ale súčasne aj prevzatie zodpovednosti za svoje pochybenia a omyly.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Cenník 2017, Zdravie a vitalita, SLKP, 2017

KRAJČÍK, Š. 2006. Pády a ich príčiny v starobe. In *Via Practica*, roč. 3, č. 7 – 8, 2006, s. 344-346. ISSN 1336-4790.

Metodické usmernenie č.3/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti. UDZS, 2015.

Nariadenie vlády SR č. 403/208 Z.z. z 1. októbra 2008, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z.z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

POLÁKOVÁ, P. 2013. *Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti*. In Slovenský pacient. [online]. 2013. [citované 2017-02-13]. Dostupné na internete: <https://www.slovenskypacient.sk/bezpecnost-pacienta-pri-poskytovani-zdravotnej-starostlivosti/>

SLK Piešťany, 2017. Interná dokumentácia.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. Grapf. 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydanie. Praha : Grada Publishing, a.s. 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2014. Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava, 2016, 234 s. ISBN 978-80-89292-47-9.

ZÁKON SR č. 577/2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Kontaktná adresa autoriek:

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

viera.hulkova@spapiestany.sk

VŠ sv. Alžbety, n.o. Bratislava

Detašované pracovisko Příbram, ČR

Mgr. Kubriczká Beata

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a.s.

Winterova 29, 921 29 Piešťany

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A JEHO DOKUMENTACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

JAKLOVÁ Milada, KOVAŘÍKOVÁ Jana

ABSTRAKT

Trendem moderního ošetrovatelství je péče zaměřená na uspokojování potřeb pacienta metodou ošetrovatelského procesu. Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace pomáhá sestřím pracovat lege artis a chrání je před možným pochybením během poskytování ošetrovatelské péče. V mnoha případech si tuto skutečnost pracovníci neuvědomují, záznamy berou na lehkou váhu a vnímají to jako ztrátu času. Příspěvek prezentuje výsledky průzkumného šetření za použití metody analýzy dokumentů na jednotce intermediální péče kardiochirurgického oddělení Nemocnice na Homolce a uvádí, jaké chyby dělají sestry při vedení dokumentace ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: Ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient. Potřeba. Zdravotnická dokumentace.

ÚVOD

Metodou práce sester v moderním ošetrovatelství je ošetrovatelský proces. Je to způsob, jakým sestra pomáhá jednotlivci nebo skupině dosáhnout samostatnosti v uspokojování biologických, psychosociálních a duchovních potřebách. Profesionální sestra tedy chápe člověka jako komplexní holistickou bytost a její péče je zaměřena na uspokojování potřeb a řešení problému. Holistická péče, která je poskytována během ošetrovatelského procesu zaručuje, že plánované zásahy nejsou zaměřeny pouze na nemoc, ale na jedince jako celek. Kdybychom se soustředili pouze na medicínské problémy, kdo by se pak staral o to, jak se pacient má, jaké má potřeby, touhy a podobně.

Teorie ošetrovatelského procesu se do Evropy dostala koncem šedesátých let dvacátého století ze Spojených států amerických. V České republice se aplikovala do klinické praxe spolu s její dokumentací po roce 1989. V současné době tvoří záznam o uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb pacienta metodou ošetrovatelského procesu součást

zdravotnické dokumentace je dáno legislativou, a to zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a vyhláškou MZ ČR č. 98/2012 Sb. o vedení zdravotnické dokumentace.

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Ošetrovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách jednotlivce, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích. Měla by jasně doložit jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Usměrnjuje individualizovanou péči. Umožňuje hodnotit účinnost výběru ošetrovatelských intervencí. Informuje ostatní členy zdravotnického týmu o aktuálním stavu pacienta, slouží jako prostředek vzájemné komunikace. Zabezpečuje kontinuitu ošetrovatelské péče a poskytuje chronologický přehled o poskytované péči. Zároveň poskytuje údaje, které mohou být použité pro pedagogické účely (jako učební materiál), statistické účely (plánování péče) a pro potřeby ošetrovatelského výzkumu. Důležitá je také pro monitorování a kontrolu kvality ošetrovatelské péče. Jako zdroj informací o poskytnuté ošetrovatelské péči je právním dokumentem a uznává se jako soudní důkazový materiál.

Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci udává obsah dokumentace ošetrovatelské péče. Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje ošetrovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta (údaje o pacientově bio- psycho- sociálním stavu z hlediska ošetrovatelské péče), ošetrovatelský plán s uvedením: popis ošetrovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetrovatelských diagnóz, stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta (časový údaj o jeho provedení), hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu. Dále obsahuje průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací, poučení pacienta a ošetrovatelskou propouštěcí nebo překladovou zprávu s doporučením k další ošetrovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů (součástí může být doporučení k dalším ošetrovatelským postupům. Ošetrovatelská překladová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb. Rozsah jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetrovatelské péči podle části Záznam o ošetrovatelské péči, může poskytovatel zdravotních

služeb přizpůsobit charakteru poskytované ošetrovatelské péče, zpravidla pokud celková doba jejího trvání u téhož pacienta nepřesahuje 3 dny.

Každé zdravotnické zařízení si jednotlivé formuláře ošetrovatelské dokumentace uzpůsobují charakteru pracoviště tak, aby jednotlivá data byla zaznamenávána efektivně a bez zbytečné duplicity. Podle Vondráčka (2003, s. 14) je „nutné při tvorbě formuláře brát v úvahu čas, který bude potřebný k jeho vyplnění, zhodnotit, zda je reálné jej vyplnit při běžném provozu a zda jeho přínos bude odpovídat vynaloženému úsilí. Je důležité brát v úvahu, že jakýkoli formulář bude možné použít jako podkladový materiál při řešení stížností či při soudních jednáních.“ Správné, vhodné a efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, odrazem profesionální praxe, proto jsme si stanovili za cíl zmapovat, jaké chyby dělají sestry při vedení dokumentace ošetrovatelského procesu.

PRŮZKUM

Průzkumné šetření jsme realizovaly na jednotce intermediální péče oddělení kardiochirurgie v Nemocnici na Homolce v období prosince 2016 a analýze jsme celkem podrobily 328 ošetrovatelských dokumentací. Zaměřily jsme se na chyby v záznamu jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Jako první jsme analyzovaly záznamy o posouzení stavu pacienta. Za úplný záznam jsme považovaly vyplnění všech posuzovaných oblastí. Jak uvádí tabulka 1, z celkového počtu 328 analyzovaných ošetrovatelských dokumentací bylo u posouzení ošetrovatelské péče, kromě neúplných 34 záznamů u kompenzačních pomůcek, vše zaznamenáváno.

Tabulka 1 Úplnost záznamu u posouzení ošetrovatelské péče

Posouzení	Úplné	Neúplné
Výživa	328	0
Dieta	328	0
Vědomí	328	0
Psychický stav	328	0
Pohyblivost	328	0
Soběstačnost	328	0

Dýchání	328	0
Hodnocení sputa	328	0
Bolest	328	0
Hygiena	328	0
Vyprazdňování	328	0
Bandáže DK	328	0
Stav kůže (lokalizace, opatření)	328	0
Sociální kontakt	328	0
Kompenzační pomůcky	294	34

V druhé fázi jsme zjišťovaly, zda sestry uvádí celé znění ošetrovatelské diagnózy, konkrétně nejen ošetrovatelský problém, ale i související faktory a určující znaky. Jak je uvedeno v tabulce 2, záznamy vykazovaly velkou chybovost zejména u ošetrovatelských diagnóz Nedostatečné dýchání a nedostatečná výživa.

Tabulka 2 Úplnost záznamu u stanovení ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza	Úplné	Neúplné
Poruchy tkáňové a slizniční integrity	294	34
Riziko vzniku nové infekce	207	131
Snížený srdeční výdej	239	24 z počtu 263
Nedostatečné dýchání, zhoršená průchodnost DC	0	328
Porucha sebepěče	66	262
Nedostatečná výživa	0	99 z počtu 99
Psychický stav	197	131
Porucha spánku	283	31 z počtu 314

V třetí fázi jsme mapovaly, jestli sestry po tom, co v posouzení stavu pacienta zdokumentují ošetřovatelský problém, stanoví k tomuto problému příčinnou ošetřovatelskou diagnózu. Tabulka 3 zobrazuje, že sestry v posouzení často vyznačují u pacienta poruchu v psychickém stavu a v oblasti sebepéče, ale následně ošetřovatelskou diagnózu Deficit sebepéče nebo diagnózy zaměřené na změny psychického stavu (strach, úzkost, beznaděj) neuvádí.

Tabulka 3 Zrcadlení posouzení ošetřovatelské péče v ošetřovatelské diagnóze

Posouzení ošetřovatelské péče	Zrcadlí se	Nezrcadlí se
Výživa	246	82
Dieta	262	66
Vědomí	279	49
Psychický stav	32	296
Pohyblivost	259	69
Soběstačnost	98	230
Dýchání	328	0
Hodnocení sputa	265	63
Bolest	295	33
Hygiena	148	180
Vyprazdňování	115	213
Bandáže DK	302	26
Stav kůže (lokalizace, opatření)	284	44
Sociální kontakt	317	11

Čtvrtá část mapovala opačný problém, a sice zda sestry zaznamenaly v posouzení ošetrovatelský problém nebo jeho určující znaky, když k němu stanovily ošetrovatelskou diagnózu. Jak je uvedeno v tabulce 4, nejčastěji sestry stanovily ošetrovatelské diagnózy porucha sebedpěče, strach nebo úzkost, snížený srdeční výdej bez toho, že by problém zaznamenaly v posouzení stavu pacienta.

Tabulka 4 Zrcadlení ošetrovatelské diagnózy v posouzení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza	Zrcadlí se	Nezrcadlí se
Poruchy tkáňové a slizniční integrity	294	34
Riziko vzniku nové infekce	279	49
Snížený srdeční výdej	196	67 z počtu 263
Nedostatečné dýchání, zhoršená průchodnost DC	297	31
Porucha sebedpěče	226	102
Nedostatečná výživa,	57	42 z počtu 99
Psychický stav	60	268
Porucha spánku	262	52 z počtu 314

V další části jsme zjišťovaly, zda sestry u jednotlivých ošetrovatelských diagnóz zaznamenávají v dokumentaci realizaci naplánovaných intervencí. Realizace nebyla nejčastěji uvedena u edukace (328x), péče o kůži a sliznice (325x), péče o invazivní vstupy (305x), odběry biologického materiálu (303x), hygiena dutiny ústní (227x), hygienická péče (211x).

V poslední části jsme se zaměřily na hodnocení ošetrovatelského procesu, a sice zda sestry v případě, že se cíl nesplnil, uvedly do poznámky zdůvodnění. Bohužel musíme konstatovat, že ani v jednom případě se tak nestalo.

DISKUSE

V ošetrovateľskej dokumentácii je dle Marečkové (2006) zaznamenávané to, čo bolo pri využití ošetrovateľského procesu zistené a realizované. Zásadným problémom pri vedení dokumentácie metódou ošetrovateľského procesu, môže byť nejasná koncepcia jej používania, malá motivácia personálu ke zmenám, nedostatočné proškolenie či metodický chybná dokumentácia. Chmelařová (2016) zkoumala, zda se vyskytují chyby ve zdravotnické dokumentaci. Dotazovaní respondenti se shodli na tom, že v jejich ošetrovateľskej dokumentácii se téměř žádné chyby nevyskytujú. Pokud se objevujú, jsou spíše rázu zdravotnického slangu nebo zdobných, ale jsou si vědomí, že ani toto se v dokumentaci vyskytovat nesmí. Ačkoli dospěla jednoznačně k shodě, překvapila nás bezchybnost zdravotnické dokumentácie. Z jednoho pohledu obdivuhodné, z druhého pohledu spíše zavádějící. Při analýze dokumentů jsme se zaměřily na úplnost záznamu u posouzení ošetrovateľské péče a zjistily jsme pozitivní informace. Posouzení, jak popisuje Tothová (2014) je sběr informací a hodnocení zdravotního stavu pacienta, ale i hledání rizikových faktorů ovlivňujících zdraví člověka. S tím souhlasí i Richards (2004) a doplňuje, že posouzení pomáhá při identifikaci potřeb pacienta a poskytuje údaje nezbytné pro plánování celostní péče. Odlišné výsledky ve svém průzkumu získala Chmelařová (2016). Dospěla k závěru, že ošetrovateľská dokumentácia odpovídá jednotlivým fázím ošetrovateľského procesu a posouzení potřeby péče se shoduje v ošetrovateľské diagnóze. Jak poznamenává Gavendová (2011) ošetrovateľská diagnóza je úsudek, který vzniká jako výsledek ošetrovateľského posouzení. Vörösová (2010) doplňuje, že ošetrovateľská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetrovateľských zásahů k dosažení výsledků, za které zodpovídá sestra. Pokud se pozastavíme nad tímto výsledkem, tak dospějeme k rozporuplným názorům. Některá ošetrovateľská diagnóza je určená bez posouzení potřeby ošetrovateľské péče. V opačném případě sestry posoudí potřebu ošetrovateľské péče, ale už k ní nestanoví ošetrovateľskou diagnózu. Musíme konstatovat, že mnohdy se jedná o stereotypní, bezmyšlenkovité vyplňování ošetrovateľské dokumentácie. Podobnou otázkou se zabývala Nováková (2014) a dospěla k závěru, že sestry v ošetrovateľské dokumentácii vyškrtávají, doplňují a vlastně ani nevědí, proč a co dělají. Nebo jsou si toho vědomí, ale bohužel pod tlakem vedení dělají, co je jim přikázáno. Nesoustředí se na důsledné vyplňování ošetrovateľské dokumentácie, čímž dochází k tomu, že zapisují údaje vícekrát na nesprávných místech.

Zde bychom se mohly ztotožnit s názorem Marxe (2010), že byrokracii si často zdravotníci přidělávají sami.

ZÁVĚR

Průzkumné šetření prokázalo, že v dokumentaci ošetrovatelského procesu se vyskytují početné chyby. Otázkou zůstává, zda ošetrovatelský proces je skutečně metoda práce sestry zaměřená na pacienta a jeho potřeby nebo spousta formulářů, které sestry vyplňují bezmyšlenkovitě, stereotypně jenom proto, že to přikazuje legislativa.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

GAVENDOVÁ, L. 2010. Nové ošetrovatelské diagnózy. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 11, č. 11, s. 19-20.

CHMELAŘOVÁ, Z. 2016. *Ošetrovatelská dokumentace v domácí ošetrovatelské péči*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2016. 119 s. [online] 15. 05. 2016. [citované 2017-01-02]. Dostupné na internetu: <http://theses.cz/>

JAROŠOVÁ, D. a kol., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

MARX, D., VLČEK, F. 2014. Akreditační standardy pro nemocnice. In *Spojená akreditační komise*. [online]. Praha : 2014. [citované 2017-01-03]. Dostupné na internetu: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace>.

NOVOTNÁ, L. 2012. Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, roč. 22, č. 1, s. 29-31.

PLEVOVÁ, I. a kol. 2001. *Ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha : Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J., 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

VÖRÖSOVÁ, G. a kol., 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin :
Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.

Vyhláška MZ ČR č. 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

Zákon č. 372/ 2001 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Kontakt na autorku:

Bc. Milada Jaklová

Na Kopci 366

Mukařov- Srbín

milajak@seznam.cz

HODNOTIACE A MERACIE NÁSTROJE AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

KILÍKOVÁ Mária

ABSTRAKT

Tému popisujeme v teoretickej rovine. Integrujeme vlastné skúsenosti vyplývajúce s posudzovania zdravotnej dokumentácie tých pacientov, ktorých hospitalizácia vykazovala isté pochybenia v kvalite poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pacienti ev. ich príbuzní podmienili analýzu prípadov - obsahu a procesu zdravotnej starostlivosti, ktorá sa stala predmetom skúmania odborného konzultanta Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Z analýzy zdravotnej dokumentácie prípadov vyplynuli zistenia potvrdzujúce zanedbanie zdravotnej starostlivosti. Zistenou skutočnosťou je aj absencia hodnotiacich, meracích nástrojov v zdravotnej dokumentácii pacienta. Sestry podceňujú potrebu ich používania a tak ohrozujú kvalitu starostlivosti, ktorá sa má poskytovať metódou ošetrovateľského procesu. Cieľom príspevku je klasifikovať a charakterizovať vybrané hodnotiace a meracie nástroje. Sme toho názoru, že tieto nástroje by mali byť neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie. Ich úlohou je presne definovať predmet posudzovania a metódu hodnotenia t.j. skórovanie vybraných prejavov - deficitov v potrebách pacienta. Sú nástrojom posúdenia zdravotnej kondície osoby.

Kľúčové slová: Dokumentácia. Meranie. Nástroj. Ošetrojúci. Posudzovanie. Starostlivosť.

ÚVOD

V ostatných rokoch sa kladú vyššie nároky na sestry a vyžaduje sa od nich celostná zainteresovanosť na poskytovaní aktívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Dôkazom tejto požiadavky je aj potreba pružne a efektívne používať hodnotiace a posudzovacie škály v ošetrovateľskej praxi. Odborníci diskutujú o požiadavke používať tieto nástroje, ako doplnkové metódy zberu dát o pacientovi s cieľom získať celostný pohľad na osobu.

Sú toho názoru, že hodnotiace a meracie nástroje sú cestou k „holistickým výsledkom“ (Osacká, 2005). Požiadavka používať v praxi posudzovacie a meracie nástroje vyplýva zo súčasne platnej legislatívy v ktorej sa uvádza, že posudzovacou stupnicou v ošetrovatelstve sa rozumejú ukazovatele, ktoré sa používajú pri hodnotení zmien v zdravotnom stave osoby, pričom zmeny možno merať priamo alebo nepriamo a hodnotenie sa väčšinou vykonáva číselným súčtom (Vyhláška MZ SR. č. 364/2005 Z. z.). Registrovaná sestra identifikuje potreby osoby, vedie ošetrovateľskú dokumentáciu a samostatne používa posudzovacie stupnice v ošetrovateľskej praxi. Použitie hodnotiacich nástrojov sa odporúča pri poskytovaní starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Apelujeme na ich aplikáciu najmä vo fáze posúdenia a diagnostiky. Prostredníctvom nich je možné identifikovať objektívne nájdené deficity v potrebách, v stave zdravia osoby. V zahraničí sa hodnotiace a meracie nástroje - stupnice považujú za štandardnú metódu, ktorá sa v praxi využíva úplne prirodzene z dôvodu, že výrazne zjednodušujú prácu sestier a objektivizujú údaje získané o pacientovi. Posudzovacie nástroje majú variabilitu použitia pre rôzne typy posúdenia a ich výber sa riadi určitými kritériami. Podľa Süčovej (2015) by mali byť tieto nástroje validné, reliabilné, kultúrne senzitivné a štandardizované. *Validita* je vysvetlená ako miera platnosti a použiteľnosti údajov na tvorbu ošetrovateľských záverov. *Reliabilita* je vyjadrená koeficientom spoľahlivosti údajov - ich presnosťou, stabilitou v čase, konzistentnosťou merania a mierou súhlasu na základe opakovaných administrácií nástroja. *Kultúrna senzitivita* znamená, že meracie a posudzovacie nástroje sa majú dať prispôsobiť sociálnym a kultúrnym špecifikám v procese národnej validácie. *Štandardizované* sú posudzovacie a meracie nástroje vtedy, keď sú pravidelne revidované expertmi v klinickej praxi a ich platnosť je založená na dôkazoch. Zároveň autorka uvádza, že hodnotiace a meracie nástroje je možné vnímať aj ako kolekciu škál na hodnotenie kondície zdravia osoby.

HODNOTIACE A MERACIE NÁSTROJE

Škály (z anglického jazyka rating scale) podľa Süčovej (2015) sa zaraďujú medzi tzv. reduktívne posudzovania. Registrujú široké spektrum prejavov správania sa osoby. Vyhodnocuje sa intenzita alebo kvalita vybraných prejavov alebo ich zložiek. Výsledok sa vyjadruje pomocou numerických alebo grafických znakov. Podľa Guildfordovho kritérií

administrácie, škály sa delia na päť typov (Tonová, 2015):

Numerická škála pre svoju jednoduchosť patrí k najobľúbenejším technikám. Každému pozorovanému javu sa pripíše určitý počet bodov na číselnej stupnici. Príkladom môže byť Numerická škála bolesti, kde pacient vyjadrí mieru bolesti na stupnici bodov napr. od 1 do 10. *Grafická posudzovacia škála* – pri nej sa posudzovaný znak umiestni na vodorovnej, šikmej alebo zvislej stupnici a vyhodnotí sa zmeraním vzdialenosti od začiatku stupnice. *Štandardná posudzovacia stupnica* – jej základom je poznanie normy, štandardu pre posudzovaný znak, pričom norma sa stanovuje na základe predchádzajúceho hodnotenia a môže byť vyjadrená číselne alebo číselne a kvalitatívne 1 – výborný, 2 – veľmi dobrý, 3 – dobrý. *Kumulatívna posudzovacia škála* je charakteristická tým, že jednotlivým položkám sa pripisuje určitý význam na zaškrtavacej listine. *Posudzovacia škála s nútenou voľbou* je nástroj na ktorom si sestra si vyberá z opisov správania, prípadne vlastností, ktoré charakterizujú osobu. Majú veľmi dobré využitie v psychiatrickom ošetrovatel'stve. Prostredníctvom meracích nástrojov sa najčastejšie posudzujú parametre bolesti, stav výživy, príjem a výdaj tekutín, stav vedomia, orientácia osoby v čase a v priestore, riziko vzniku dekubitov, stav hojenia rany, riziko pádu a i. Ich praktické využitie si vyžaduje schopnosť sestry kriticky myslieť, citlivo - detekovať tak, aby výsledné skóre merania bolo objektívne. Je dôležité si uvedomiť určité **benefity hodnotiacich a posudzovacích nástrojov**.

Ulrichová (2012, s.7) za univerzálny benefit nástrojov považuje to, že zvyšujú kvalitu diagnostického procesu, zlepšujú efektivitu starostlivosti, sú zdrojom konzistentných dát, ktoré sú prenositeľné a porovnateľné medzi inštitúciami a poskytovateľmi, eliminujú duplicitu posudkov, pomáhajú určiť konkrétne deficity v zdraví nie len deficitnú oblasť, umožňujú ľahko posúdiť indikátory na hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti, umožnia využiť štandardizovaný jazyk (terminológiu) v ošetrovatel'stve. Bóriková, Žiaková (2007) za benefit považujú, že nástroje sú ľahko prístupné, použiteľné, zrozumiteľné, ľahko vykonateľné v priamej ošetrovatel'skej starostlivosti a sú dôkazom sledovanie vývoja kvality a zmeny v starostlivosti. Pomáhajú včas diagnostikovať potenciálne riziká, ktoré môžu výrazne ohroziť perspektívny stav zdravia osoby. Na základe vlastných skúseností uvádzame, že na Slovensku hodnotiace a meracie nástroje v klinickej praxi používajú sestry iba sporadicky.

V roly odborného konzultanta Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za obdobie rokov 2006 až 2016 sme analyzovali a hodnotili 35 prípadov - sťažností vo veci zanedbania ošetrovateľskej starostlivosti. Metódou retrospektívnej analýzy dokumentov (zdravotnej dokumentácie) sme zistili a konštatovali zanedbania starostlivosti v 14 prípadoch (40%). Usúdili sme, že medzi najčastejšie sa vyskytujúce dôvody, ktoré zapríčinili nájdenie dôkazu o zanedbaní ošetrovateľskej starostlivosti patrili:

- a) neúplné posúdenie stavu zdravia a deficitov v potrebách v prvej fáze procesu,
- b) úplná absencia posúdenia a hodnotenia existujúcich deficitov v potrebách a v stave zdravia, ktoré pacient signalizoval, ev. mohli mali byť predmetom cefalokaudálneho, fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- c) úplná alebo čiastočná absencia priebežného - cyklického posúdenia zmien v stave zdravia počas hospitalizácie,
- d) absencie validného obsahu ošetrovateľskej prepúšťacej správy, ktorá mala hodnotiť stav zdravia a deficity v potrebách použitím objektívnych postupov merania zmien v kondícii zdravia od prvej fázy ošetrovateľského procesu.

Reálne sa v zdravotnej dokumentácii pacientov nenachádzali žiadne hodnotiace, meracie nástroje na objektívnu detekciu dysfunkcií, deficitov v potrebách, ktoré by podmienili objektívne stanovenie aktuálnych a potenciálnych sesterských diagnóz. Pritom v 90% prípadov sme v zdravotnej dokumentácii zistili:

- a) existujúce dekubity pri prijíme pacienta alebo existenciu vysokého rizika vzniku dekubitov,
- b) akútne poruchy hydratácie a výživy,
- c) akútny deficit v potrebe sebestačnosti v denných aktivitách,
- d) imobilitu rôzneho stupňa,
- e) riziko vzniku pádu a úrazu,
- f) existujúcu akútnu bolesť.

V dnešnej dobe majú sestry k dispozícii celý rad hodnotiacich škál a meracích techník zameraných napr. na oblasť výživy, sebaopatery, vedomie, vnímanie, bolesti, mobility, kognitívnych funkcií, kožné integrity, prehĺtanie, dýchanie atď. Skúsenosti z praxe naznačujú, že miera osvojenie si základných vedomostí a zručností súvisiacich s využitím hodnotiacich

škál v praxi je u sestier rôznia. Sme toho názoru, že sestry mohli využiť najmä tieto štandardne dostupné typy hodnotiacich a meracích nástrojov.

Na meranie stavu a hodnotenie biologickej potreby dýchanie, vrátane zhodnotenia frekvencie, rytmu, hĺbky, charakteru dýchania, pohybov hrudníka, výskyt dýchacích šelestov je možné v praxi použiť napr. *Biensteinovu škálu*, ktorá hodnotí riziká v oblasti dýchacích ciest. Posudzuje sa 15 kritérií, z ktorých každé sa hodnotí bodmi v rozsahu 0-3 body. Pri dosiahnutí skóre 0-6 bodov nie je prítomné ohrozenie, pri hladine 15 bodov je prítomné riziko ohrozenia dýchania a pri skóre 16 - 45 bodov sa diagnostikujú poruchy dýchania a ide o vysoké riziko ohrozenia - komplikácií v dýchacích cestách. Dychovú nedostatočnosť pri obštrukcii horných dýchacích ciest je možné posúdiť *Downes score*. Výsledok hodnotenia v rozsahu 4 -7 bodov signalizuje zníženú priechodnosť dýchacích ciest a viac ako 7 bodov (+laboratórne hodnotenie paCO_2 6,0 kPa viac a paO_2 9,3 kPa a menej), signalizuje prejavy akútnej dychovej nedostatočnosti, ktorá je indikáciou k endotracheálnej intubácii a umelej pľúcnej ventilácii. U starších novorodencov je možné použiť *Skóre podľa Silvermana*, ktorá hodnotu nad 6 bodov hodnotí ako stav, ktorý si vyžaduje nutnú podporu dýchania u novorodenca.

Na meranie a hodnotenie stavu výživy okrem antropologických meraní, výživovej anamnézy, biochemických a klinických parametrov je možné použiť napr. *Mini Nutritional Assesment*, ktorým sa hodnotia štyri oblasti. Antropometrické merania (hmotnosť, výška, obvod paže a lýtka), stravovacie návyky (počet jedál počas dňa, druh jedla, príjem tekutín, rozsah pomoci pri stravovaní), globálne posúdenie pacienta (sebestačnosť, množstvo užívaných liekov, mobilita, psychický stav, kožné zmeny a prítomnosť vážneho ochorenia v posledných troch mesiacoch) a subjektívne posúdenie (ako vníma vlastné zdravie a výživu sám posudzovaný pacient). Celkové maximum dosiahnuteľných bodov je 29 bodov. Hodnota do 24 bodov je normálna hodnota. S klesajúcim počtom bodov sa zvyšuje riziko poruchy výživy a hodnota pod 17 bodov značí podvýživu. V roku 2009 vznikla posledná verzia MNA-SF určená špeciálne pre seniorom. Skladá sa iba zo šiestich základných otázok zameraných na príjem potravy, chudnutie, mobilitu, psychický stres alebo akútne ochorenie, prítomnosť demencie alebo depresie a Body Mass Index (BMI). Hodnotí u pacienta stratu chuti do jedla v posledných troch mesiacoch, zažívacie ťažkosti alebo poruchy v príjme potravy, úbytok hmotnosti v posledných 3 mesiacoch, pohyblivosť, prekonané ochorenia, úraz alebo psychickú

traumu, psychický stav a BMI. Každá položka sa obodovaná a celkom je možné získať 14 bodov. Celkové hodnotenie 12 - 14 bodov vyjadruje dobrý stav výživy. 11 bodov a menej dokazuje poruchu výživy, podvýživu a vyžaduje sa komplexné hodnotenie stavu výživy (Pokorná a kol., 2013). Má vysokú diagnostickú presnosť a preto sa používa aj na detekovanie malnutrie. *Nutritional Risk Screening 2002* hodnotí predbežný screening nutričného rizika. Na hodnotenie bazálneho metabolizmu osoby je možné použiť *Haris Benediktovu rovnicu*, ktorého výsledkom je odporúčaný denný príjem kalórií pre udržanie aktuálnej telesnej hmotnosti. Ďalej sestry môžu použiť *Nutričný rizikový skrining* - Nutritional Risk Screening (NRS), ktorý pomáha odhaliť riziko podvýživy u hospitalizovaných pacientov. Nástroj bol vytvorený v roku 2002 podľa European Guidelines. Má formu dotazníka, ktorý má časť vstupného hodnotenia iba štyrmi otázkami - stav BMI, chudnutie v ostatných 3 mesiacoch, množstvo prijímanej potravy a prítomnosť choroby. Pri jednej kladnej odpovedi je už odporúčaná konzultácia s nutričným terapeutom. V ďalšej časti sa venuje dotazník nutričnému stavu a závažnosti ochorenia, ktoré ovplyvňuje stav výživy. V celkovom hodnotení stavu sa zohľadňuje aj vek pacienta. Pri hodnotení maximálny počet dosiahnuteľných bodov je 6. U pacientov s polovičnou hodnotou hrozí riziko podvýživy (Tonová, 2015).

Univerzálny skriningový nástroj na hodnotenie malnutrie - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Tento nástroj obsahuje celkom päť krokov k odhaleniu rizika možnej podvýživy a obezity. Nástroj vyvinula Britská spoločnosť pre parenterálnu a enterálnu výživu v roku 1992 (BAPEN). Prvým krokom je výpočet BMI, druhým je naplánovanie straty hmotnosti. Tretí krok hodnotí aktuálnu prítomnosť ochorenia u hodnoteného. Štvrtým krokom je hodnotenie rizika malnutrie. Tieto parametre sú hodnotené v rozsahu 0 až 2 body. Posledný krok je zameraný na manažment ďalšej starostlivosti. Počas hospitalizácie sa odporúča posudzovanie stavu výživy niekoľkokrát opakovať.

Sestry na hodnotenie potreby vylučovania - vyprázdňovania mali a môžu použiť Bristolskú škálu foriem stolice. V závislosti na dĺžke času, ktorý zostáva stolica v hrubom čreve sa ňou definuje až sedem typov foriem stolice. V praxi to znamená že najpomalší tranzit hrubým črevom v trvaní cca. 100 hodín je typickou obstipáciou t.j. 1. typ. 7. typ charakterizuje tranzit v trvaní cca. 10 hodín, kedy hovoríme o hnačke. Časté je využitie Bristolskej škály u syndrómu dráždivého čreva, ktorá je sprevádzaná stavmi pseudo-diarhea alebo pseudo-obstipácia (Osacká, 2007). Zápchu je možné hodnotiť *Skórovací systém zápchy* - Constipation

Scoring System hodnotí frekvenciu defekácie, bolestivosť, ťažkosti pri defekácii, pokusy a neúspešné pokusy o defekáciu, trvanie zápchy. Počet bodov 30 vyjadruje bolestivú obstipáciu a pri hodnote 15 bodov je stav typickej obstipácie.

V zdravotnej dokumentácii pacientov sa najčastejšie vyskytoval **nástroj na meranie a hodnotenie mobility a sebestačnosti**. *Test vývoja sebestačnosti* (TVS) monitoruje vývoj sebestačnosti v monitorovanom čase. Na päťstupňovej stupnici sa hodnotí sebestačnosť v osobnej hygiene, pohyblivosti, spánku a odpočinku, výžive, orientácii, komunikácii, v obliekaní a vyprázdňovaní. *Katzov index nezávislosti* v denných aktivitách na deväťstupňovej škále hodnotí sebestačnosť v kúpaní, obliekaní, používaní toalety, mobilite, kontinencii, stravovaní. U pacientov s náhlou cievnu príhodou sa meria a hodnotí miera postihnutia a závislosti v denných aktivitách na *Rankinovej skóre* (MRS). Na sedemstupňovej škále sa hodnotí stav osobnej starostlivosti, funkcie zvieráčov, mobilita, lokomócia, komunikácia a sociálna adaptácia v prípade nástroja pod názvom *Funkčná miera nezávislosti* (FIM). V tejto oblasti sa používa aj *Test ošetrovateľskej záťaže podľa Svanborga*. Hodnotí zvládnutie ôsmich činností v troch stupňoch samostatnosti (od čiastočnej pomoci po úplnú závislosť) v pohyblivosti, osobnej hygiene, stravovaní, inkontinencii moču a stolice, používaní toalety, výskytu dekubitov a spolupráce s pacientom. Test má význam v manažmente ošetrovania a môže ovplyvniť počet ošetrojúcich, ktorí aktívne participujú na starostlivosti.

Indikátorom kvality starostlivosti sú pády. Paria do skupiny mimoriadnych udalostí, ktoré determinujú morbiditu a mortalitu. **Riziko pádu** ovplyvňujú podmienky vonkajšieho prostredia. Toto riziko je možné vyhodnotiť *Jednoduchým skriningovým nástrojom* pre určenie rizika pádu, ktorým sestra hodnotí pohyb, vyprázdňovanie, medikáciu, zmyslové poruchy, mentálny stav a vek. Kilíková (2013) uvádza, že pri skóre vyššom ako 3 je potrebné postupovať nasledovne:

1. umiestniť na viditeľné miesto (nad posteľ) oznámenie „vysoké riziko pádu“,
2. znížiť lôžko, zaistiť lôžkové brzdy a založenie - zdvihnutie bočníc,
3. umiestnenie lôžka pacienta blízko toalety a pracovne sestier,
4. umiestnenie signalizačného panela v blízkej dostupnosti pacienta,
5. zabezpečiť pacientovi vhodnú - bezpečnú obuv,
6. uspokojiť potrebu vyprázdňovania a vylučovania vždy podľa potreby a pred spaním,

7. odstrániť bariéry v prostredí pacienta,
8. zabezpečiť nočné osvetlenie,
9. zaistiť polohu nočného stolíka tak, aby bol v dosahu pacienta.

Do tejto skupiny sa zaraďuje aj *Gaitov funkčný test na posúdenie stavu rovnováhy*, *Get up and go test* na posúdenie svalovej sily. Osobitne citlivou oblasťou hodnotenia sú **spirituálne potreby pacienta**. Od sestry sa očakáva, že pozná význam spirituality ako univerzálnu dimenziu, ktorá posilňuje osobu a dodáva jej silu. Podľa Farského (2012) na **posúdenie spirituálnych potrieb** sestra môže použiť tieto škály: *Index spirituálnej skúsenosti* (je šesť bodová) identifikuje spirituálnu zrelosť osoby a podľa indexu zrelosti klasifikuje osoby na štyri typy. *Snyderová škála nádeje* meria na štvorbodovej škále 12 posudzovaných javov, znakov. Čím vyššie skóre tým vyššia nádej. Podobnou je *Nowotnej škála nádeje*, *Škála životnej zmysluplnosti*, ktorá sa zakladá na troch komponentoch zmyslu života autorov Rejera a Wonga. Pozostáva z 18 položiek, z ktorých 6 je formulovaných negatívne. Ako poslednú autor charakterizuje *Škálu spirituálnej pohody* s celkovým skóre od 20 do 120 bodov. Výhodou používania hodnotiacich a meracích nástrojov v ošetrovateľskom procese je, že umožnia zber veľkého počtu dát za krátky čas a aktivitu, ktorá zvyšuje profesionálnu prestíž sestry a autonómiu povolania.

Talianová a kolektív (2013) upozorňuje na určité **limity ich používania**. Prvou prekážkou a limitujúcim faktorom je terminologická čistota najmä v dôsledku absencie národnej validizácie. Častá je absencia údajov o ich validite a reliabilite. Bóriková (2007) uvádza, že medzi limitácie možno zahrnúť dlhý čas administrácie, podhodnocovanie alebo nadhodnocovanie problémov osoby, haló efekt, teoretická znalosť a praktické skúsenosti sestry v používaní meracích a hodnotiacich nástrojov. Sme toho názoru, že pre používanie posudzovacích nástrojov neplatia takmer žiadne obmedzenia. Najväčšie obmedzenia vidíme v teoretickej príprave sestier (počas štúdia) na používanie nástrojov a v ich uvedení do klinickej praxe. Odstránením limitácií dosiahneme kvalitné a zároveň rutinné vedenie denného záznamu o zdravotnom stave pacienta. Zároveň zabezpečíme stav existencie relevantných informácií - poznanie zdravotnej kondície pacienta.

ZÁVER

Posudzovací nástroj komplexnej starostlivosti by mal byť na Slovensku všeobecne odporúčaný. Je potrebné si uvedomiť, že výber vhodného nástroja závisí od každej nemocnice, aby tak uspokojila miestne požiadavky. Sestry v zahraničí vo väčšej miere využívajú hodnotiace nástroje a zaoberajú sa aj ich modifikáciou a národnou validizáciou. Výsledky ich vedeckej práce sú dostupné v databázach MedLine, Nursing Research a i. Význam v tejto problematike majú aj profesijné organizácie, ktoré podporujú ďalšie vzdelávanie sestier v otázke hodnotiacich a posudzovacích nástrojov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2003. *Ošetrovatel'stvo vo vnútornom lekárstve*. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, 2003. 261 s. ISBN 80-88866-28-6. 261 s.
- BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatel'stve. In *Ošetrovatel'ská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9, s. 13 - 19.
- FARSKÝ, I., SMETÁNKA, A., DUBINSKÁ, S. 2012. Spiritualita pacientov s vybranými psychiatrickými diagnózami. In *Ošetrovatel'ství a porodní asistence*. [online]. 2012, ročník 3, č.3/2012.[cit.2014-06-30]. Dostupné na internete: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/201203/3_farsky_smetanka_dubinska.pdf>. ISSN 1804-2740.
- HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J. a kol. 2015. *Multimediálna e-učebnica Ošetrovatel'ské postupy v špeciálnej chirurgii* [online]. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2015. [citované 24.03.2017]. Dostupné na internete: <http://oschir.jfmed.uniba.sk/>. ISBN 978-80-89544-72-1.
- KIKÍKOVÁ, M. , LEFEROVIČOVÁ, K. 2013. *Teória potrieb a ošetrovatel'ského procesu*. Rožňava : VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi, Rožňava, 2013. 228 s. ISBN 978-80-8132-079-8.

- KILÍKOVÁ, M. a kol. 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna, 2013. 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.
- KILÍKOVÁ, M. a kol. 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství II*. Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna, 2013. 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.
- MASTILIAKOVÁ, D. 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika. Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- OSACKÁ, P. 2005. Posudzovanie biologických potrieb v klinickej praxi. Návrh posudzovacej stupnice - posúdenie spánku. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatel'stva, SR, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, ČR, Občianske združenie pre rozvoj zdravotníckeho vzdelávania v Martine, 2005. ISBN 80-88866-32-4, s. 433 - 441.
- OSACKÁ, P. 2007. Posudzovanie poruchy vyprázdňovania stolice - zápcha. In *Ošetrovatel'stvo teória, výskum a vzdelávanie*. Martin : UK Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatel'stva SR, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství ČR, 2007. ISBN 978-80-88866-43-5, s.365 - 376.
- POKORNÁ, A. a kol. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici/Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha : Grada publishing a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- SŮČOVÁ, D. 2015. *Posudzovacie škály v ošetrovatel'skej starostlivosti*: diplomová práca. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Detašované pracovisko, Rožňava. 2015. 147 s.. Vedúci diplomovej práce: doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD..
- TALIÁNOVÁ, M., JEDLINSKÁ, M., MORAVCOVÁ, M. 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. In *Ošetrovatel'stvo: teória - výskum - vzdelávanie* [online]. 2013, ročník 3, 2013, č. 1. [cit. 2014-06-30]. Dostupné na internete: <<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi>>.

- TONOVÁ, L. 2015. *Hodnotící a měřicí škály v ošetrovateľskom procese u seniorů*: diplomová práca. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., 2015. 171 s.. Vedúci diplomovej práce: prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD..
- VYHLÁŠKA MZ SR 364/2005 Z. z. z 2. júna 2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.
- ULRYCHOVÁ, K. 2012. *Využívanie hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov* : diplomová práca. Brno : MU, 2012. 146 s.. Vedúci diplomovej práce: doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD..

Kontaktná adresa:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi Rožňava

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

VLIV LÁZEŇSKÉ PÉČE NA ZDRAVOTNÍ STAV KLIENTŮ S DIABETES MELLITUS

KORCOVÁ Soňa

ABSTRAKT

V příspěvku jsme se zabývali vlivem lázeňské péče na zdravotní stav klientů s diabetes mellitus. Zaměřili jsme se na klienty s onemocněním diabetes mellitus různého věku a pohlaví, kteří absolvovali 21 den léčebného pobytu v lázních. Soubor tvořilo 474 respondentů, z toho bylo 256 mužů a 218 žen. Naším průzkumným šetřením jsme zjistili, že účinnost lázeňské léčby lze pozorovat u každého klienta s diabetem mellitem, bez rozdílu věku či pohlaví. Zjistili jsme, že nejvýznamnější změnu zdravotního stavu, ještě v době lázeňského pobytu, pocítují klienti s diabetem mellitem, kteří absolvovali balneoprocedury, využívající přírodní léčivé zdroje a elektroterapii. Ovšem důležitý je fakt, že komplexnost léčby, do které je zahrnuta strava, pitná kúra, aktivní i pasivně přijímané procedury, je tou nejlepší cestou, jak onemocnění diabetes mellitus snáze zvládat.

Klíčová slova: Balneoprocedury. Diabetes mellitus. Lázeňská péče. Zdravotní stav.

ÚVOD

Každá věc, rostlina, živočich, to znamená i člověk, má svoji historii a také budoucnost. A právě s ohledem na budoucnost se nedílnou součástí lidstva stal výzkum. Člověk se zajímal o věci kolem sebe, děje, které se ho dotýkaly a jedním z takových dějů je vznik, vývoj, léčba a předcházení vzniku nemoci. A právě zručnosti analýzy, praktické dovednosti a zkušenosti posunuly otázky zdraví na úroveň, která každému z nás zajistí přístup zcela lidský, který vnímá člověka nejen jako biologickou schránku orgánů s nutnou funkčností systémů, díky kterým jsme životaschopni, ale také jako bytost, ve které se snoubí jak potřeby biologické, tak i psychické, sociální a určitě také spirituální.

Jednou z chorob, které prevalence každým rokem vzrůstá, jež ohrožuje člověka v kterémkoliv věku, v jakémkoliv sociálním prostředí, je onemocnění diabetes mellitus.

Toto onemocnění se velmi často stává životním mezníkem nejen pro pacienta, ale i jeho rodinu. Klient je nucen změnit své stravovací návyky, přizpůsobit pohybovou aktivitu, osvojit si zručnosti týkající se medikace a v neposlední řadě musí pochopit, že tuto nemoc nelze vyléčit, ale že správnou životosprávou a dodržováním léčebného režimu lze oddálit vznik a rozvoj komplikací s diabetem spojených. Ošetrovatelská péče, v případě klientů s diabetem mellitem, může mít spoustu podob a každá z nich může pro klienta-diabetika znamenat naději, že svoji nemoc zvládne. Jednou z možností, jak pomoci klientům s diabetem mellitem, je lázeňská péče. Je chápána, i samotnými klienty, jako sekundární prevence. V naší práci jsme vysvětlili základní postupy, dovednosti a znalosti, které jsou v lázeňství využívány. Do komplexní lázeňské péče je zahrnuta nejen balneoterapie, ale také dietologie a diagnostika kvality klientova života. Cílem takové péče je v co největší možné míře navrátit klientovu samostatnost a tím zlepšit kvalitu jeho života.

LÁZEŇSKÁ PÉČE O KLIENTA S DIABETES MELLITUS

V době, kdy ještě nebyla známa léčba inzulinem, byla jedinou možností, jak zlepšit zdravotní stav klienta s onemocněním diabetes mellitus, balneoterapie. Ve třicátých letech minulého století pronikl na trh inzulin a perorální antidiabetika, a protože to byl objev, díky kterému se lidé s diabetem mellitem cítili být plně léčeni, poklesl výrazně zájem o léčbu lázeňskou. Ovšem již v padesátých letech, kdy sice díky medikamentózní léčbě diabetu mellitu nebývají tak častými komplikace akutní, ale mnohem častěji se objevují a prohlubují komplikace pozdní v podobě cévních změn, dochází k opětovnému nárůstu zájmu diabetiků o lázeňské léčení. Samotnými klienty je lázeňský léčebný pobyt vnímán jako sekundární prevence (Karen, Svačina, 2014).

Velmi důležité je nezapomínat na to, že pokud je klientovi indikována a schválena lázeňská péče např. z důvodu onemocnění astma bronchiale, neznamená to, že se nemůže jednat o diabetika. Jeho léčba pak není zaměřena jen na dýchací cesty, ale při plánování léčebného režimu se přistupuje komplexně, s ohledem na všechna přítomná onemocnění. Lázeňská léčba je u diabetiků zaměřena především na zdravý životní styl, jehož nedílnou součástí je řízená fyzická aktivita a dietní stravování pod dohledem nutričního terapeuta. Důležitým faktorem je pitná kúra minerálních pramenů, jež jsou prospěšné svým chemickým

složením, ale zároveň se využívá ke snížení rizika infekcí močových cest a diabetických pyelonefritid. V Mariánských Lázních je lékařem předepisována klientům s diabetem mellitem léčivá studená kyselka, vyvěrající přímo na území města a nesoucí jméno podle korunního prince a následníka trůnu Franze Josefa I., Rudolf. Dle Somola se ukázalo, že „zdejší vyvěrající probublávající vody mohou být novou nadějí pro nemocné“ (Somol, Švandrlík, 2006, s. 224). Množství, které by měl klient každý den vypít, určuje lékař (Somol, Švandrlík, 2006).

Důležitým prvkem, který je při lázeňské léčbě nezbytný, je absolvování léčebných procedur. S každým klientem je po příjezdu do lázeňského hotelu sestrou sepsána anamnéza. Následně je klient vyšetřen lékařem a na základě zjištěných údajů je pro každého klienta sestaven individuální plán, ve kterém jsou zahrnuty procedury, které bude po celou délku pobytu klient absolvovat. Při sestavování léčebného plánu je nutno brát zřetel na aktuální fyzický stav diabetika, na úroveň vlastní kompenzace diabetu a na jiná onemocnění, kterými klient trpí. Některá onemocnění nebo operační zákroky totiž vylučují absolvování takových procedur, které by zdravotnímu stavu, nebo průběhu nemoci přitížily. Samotné procedury jsou zaměřovány na zlepšení krevní cirkulace, na prodloužení klaudikačního intervalu, což je doba, kdy bolest v oblasti lýtek, způsobená ischemickými změnami cév dolních končetin, vymizí. Dalším cílem podávaných procedur je zlepšení stavu kůže, snížení nadváhy u obézních klientů a zvýšení tělesné výkonnosti (Jandová, 2009).

V Mariánských lázních klienti absolvují balneoterapii, v rámci které jsou jim podávány procedury, které splňují zásadní kritéria, které jsou dána zákonem č.164/2001 Sb. o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon). Jedná se o celkové koupele v minerálním pramenu, který je vysoce mineralizovaný a svým složením je bohatý na volný kysličník uhličitý. Pramen se ohřívá na teplotu 34 stupně celsia a účinek takto podané celkové koupele je fyzikální, fyziologický a chemický. U klienta dojde k vazodilataci periferních cév, ke zpomalení srdeční činnosti a zpomalení dechu. Klient se cítí příjemně unavený, zklidněný, zrelaxovaný. Ovšem zde je třeba pro zachování pozitivního efektu, tzv. krátkodobé lázeňské reakce, která spočívá v zachování sníženého krevního tlaku a zlepšené krevní mikrocirkulace, nepodcenit nutný odpočinek 30 – 60 minut bezprostředně po koupeli. Pokud totiž předepsaný klid není dodržován, může dojít k opačné reakci organismu a klient se pak cítí nepříjemně, vyčerpaně (Kilian, 2006).

Další procedura, se kterou se klienti seznámí, je suchá plynová lázeň, k podání které se využívá suchého vývěru plynu, vulkanického původu, jehož obsahem je z 99,7 % kysličník uhličitý. Jeho název je v Mariánských Lázních Mariin plyn a využívá se také k injekční terapii. V podobě celkové suché plynové koupele je klientova pokožka v přímém kontaktu s oxidem uhličitým, proto je velmi často využívána tam, kde není možné podání minerální koupele. Účinek je vazodilatační, jak na cévní, tak na lymfatický systém, dále spasmolytický a má dobrý vliv na trofiku kůže. Klient pocítuje okamžitou úlevu od bolesti a příjemné teplo. Při aplikaci plynu do podkoží, v podobě plynových injekcí, dochází ke zlepšení prokrvení, zmírnění až vymizení bolesti a ke zrychlení hojení. U diabetu mellitu se doporučuje aplikace 50 ml plynu do podkoží, kolem trnu obratle L5, tím se dosáhne navození sympatické vazodilatace v dolních končetinách. Další z procedur, zlepšujících prokrvení, jsou obklady a zábaly, ke kterým se využívají peloidy, konkrétně slatina, bohatá na minerální a organické látky. Definice peloidů je stanovena zákonem č. 164/2001 Sb. o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon) a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 423/2001 Sb., kterou se stanoví způsob a rozsah hodnocení přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod a další podrobnosti jejich využívání, požadavky na životní prostředí a vybavení přírodních léčebných lázní a náležitosti odborného posudku o využitelnosti přírodních léčivých zdrojů a klimatických podmínek k léčebným účelům, přírodní minerální vody k výrobě přírodních minerálních vod a o stavu životního prostředí přírodních léčebných lázní (vyhláška o zdrojích a lázních). Peloidy účinkují na rozhraní kůže, kde dochází k transportnímu, sorpčně-resorpčnímu efektu. Dochází ke spasmolytickému účinku na kosterní svalstvo, hladkou svalovinu a výrazný a vyhledávaný účinek je analgetický. To vše jsou jedinečné procedury z přírodních zdrojů (Jandová, 2009).

Do léčebného plánu zařazujeme také procedury doplňující, které nijak nesouvisí s přírodními zdroji daného lázeňského místa a jejichž účinek je založen čistě na fyzikálních procesech, při kterých dochází ke zlepšení prokrvení tkání a lokálního metabolismu. Mezi takové procedury řadíme elektroterapii kontaktní i bezkontaktní, fototerapii, termoterapii celkovou i částečnou a mechanoterapii. Žádná fyzioterapie nemá jen jeden účinek, proto při výběru té nejvhodnější, je vždy brán ohled na účinky převažující. A právě tak, jako jsou

individuální potřeby každého klienta s diabetem mellitem, je i výběr vhodných a prokazatelně potřebných procedur individuální.

Elektroterapií kontaktní rozumíme takovou terapii, kdy je elektrický proud do organismu přiváděn přímým kontaktem přes kůži. Příkladem takové terapie je galvanoterapie, při které využíváme stejnosměrný proud, přiváděný do těla deskovými elektrodami. Velmi účinná je čtyřkomorová galvanická lázeň, kdy jsou ponořeny do vodní lázně všechny čtyři končetiny, které se tak stanou místem kontaktu se stejnosměrným proudem a tato místa jsou následně organismem vyhodnocena jako místa rozvratu vnitřního prostředí a reakcí je maximální kapilární prokrvení. Další, u diabetiků často využívanou léčebnou kontaktní elektroterapií, je tetrapolární interference, při které dochází k mikromasáži a zároveň svalové gymnastice. Také zde je patrné zlepšení krevní cirkulace a účinek bývá analgetický.

Významnou bezkontaktní elektroterapií je pulsní magnetoterapie, kdy za vystavení vlivu umělého magnetického pole dochází k normalizaci metabolismu, regeneraci buněk a tím k podpoře hojení ran. Ke zlepšení místního metabolismu může u diabetiků přispět krátkovlnná diatermie, kdy dochází k hloubkovému prohřátí pomocí vysokofrekvenčního proudu a tím k podpoře vstřebávání chronických zánětlivých infiltrátů. Také zde je výrazný analgetický účinek. Fototerapie je zastoupena bioprotonovou lampou, kdy je lokálně využíváno biostimulační světlo, jehož průkazný účinek můžeme pozorovat při hojení ran, regeneraci tkání. Hojně užívanou skupinou léčebné fyzikální terapie je termoterapie, kde účinnou léčbou špatného prokrvení dolních končetin je využití Kneipp terapie, která je založena na střídavé lázni studené a teplé vody pro dolní končetiny. Pro prokrvení horních končetin bývá do programu zařazen parafinový zábal, kdy je v oblasti horních končetin přímo na kůži aplikován parafin o teplotě 52°C a postupným uvolňováním tepla, po dobu 20 minut, je dosaženo prohřátí a zlepšení krevní mikrocirkulace. Poslední skupinou fyzikální terapie, která má nezanedbatelný význam pro klienty s diabetem mellitem, je mechanoterapie. Zde je hojně využívána ultrasonoterapie, při aplikaci které dochází k mikromasáži a uvolňování tepla, což způsobuje zlepšení krevní cirkulace, působí analgeticky a proti křečím (Poděbradský, Poděbradská, 2010).

Nedílnou součástí komplexního léčení klienta-diabetika je využití kinetické neboli pohybové energie. Zpravidla se jedná o využití energie klienta samotného. a to při individuálním a skupinovém léčebném tělocviku. Mechanická energie je využívána spolu se

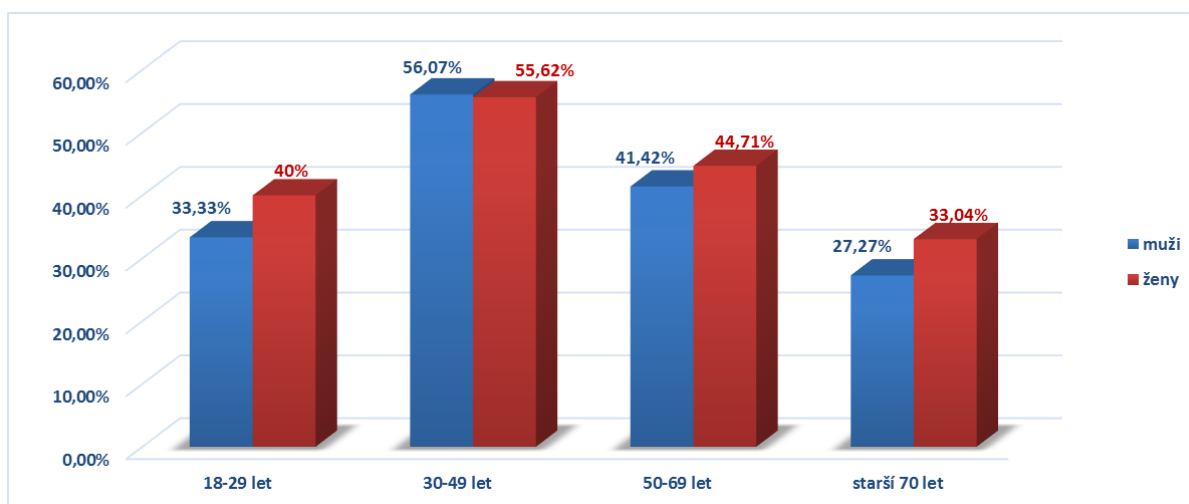
znalostmi reflexologie a je aplikována v podobě různých druhů masáží, klasických, lymfatických, nebo k reflexní masáži plosek chodidel (Jandová, 2009).

Dle Jandové „balneologie dosahuje u definovaných nemocí a stavů svými terapeutickými postupy dlouhodobých až trvalých efektů, které nelze jinou terapií napodobit ani nahradit“ (Jandová, 2009, s. 1).

CÍL A METODIKA

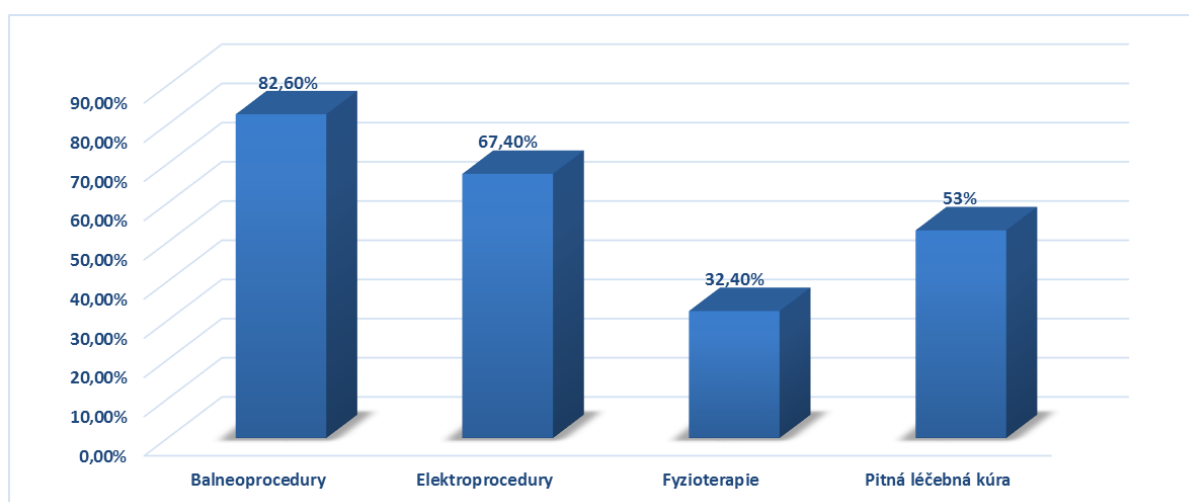
Zjišťovali jsme, do jaké míry je schopna lázeňská péče ovlivnit zdravotní stav klientů s diabetem mellitem. Zaměřili jsme se na klienty s onemocněním diabetes mellitus, různého věku a pohlaví, kteří absolvovali 21 den léčebného pobytu v lázních.

Stanovili jsme si tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, souvisí-li věk a pohlaví klienta s diabetem mellitem, který absolvuje lázeňskou léčbu, s úrovní změn jeho zdravotního stavu. Druhým cílem bylo určit, která z lázeňských aktivit má největší význam pro změnu zdravotního stavu u klientů s diabetem mellitem. Třetím cílem bylo zjistit, pociťuje-li klient s onemocněním diabetes mellitus zlepšení zdravotního stavu již v závěru lázeňské léčby. K průzkumnému šetření jsme použili dotazník, který byl jednoduchý, věcný a každá otázka cílená. Pracovali jsme se 474 respondenty, z toho bylo 256 mužů a 218 žen. Dále jsme si respondenty rozdělili do čtyř věkových skupin. Zjistili jsme, že rozdíl ve vnímání účinnosti různých lázeňských aktivit u mužů a žen ve stejné věkové kategorii je jen nepatrný. Ovšem porovnáme-li věkové skupiny mezi sebou, účinky léčebných aktivit jsou klienty hodnoceny s výraznými rozdíly.



Graf 1 Úroveň změn zdravotního stavu (Zdroj: Autor)

Dle T. Kiliana (2006), studie německého fyziologa N. Tiedta z roku 1990 uvádí, že v oblasti krevní mikrocirkulace je oxid uhličitý jedním z mediátorů. Tiedt dále uvádí, že vlivem účinku uhličitě koupele dochází k nárůstu kožního prokrvení až o 300%. Správná a opakovaná aplikace oxidu uhličitěho tak má téměř okamžitě pozorovatelný účinek. Se studií se na základě našeho průzkumu ztotožňujeme, neboť balneo procedury, absolvované respondenty našeho průzkumu byly jimi označeny jako nejúčinnější ještě před ukončením lázeňské péče, znamená to tedy, že respondenti našeho průzkumu skutečně pocítovali účinek téměř okamžitě.

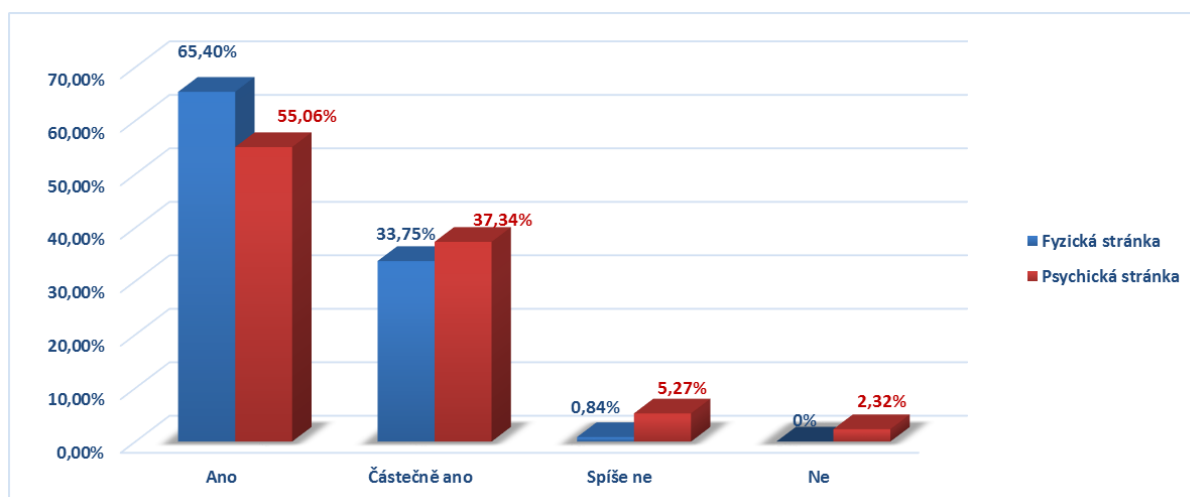


Graf 2 Účinnost lázeňských aktivit na zlepšení zdravotního stavu diabetiků (Zdroj: Autor)

K hodnocení účinnosti bylo použito bodové Likertovy škály, kdy měli klienti označit účinnost balneo procedur na stupnici 0 – 5, kdy hodnota 5 bodů označovala maximální možný účinek. Respondenti ve věku 18 – 29 let v průměru označili účinnost 4,25 body, respondenti ve věku 30 – 49 let označili účinnost 3,97 body, respondenti ve věku 50 – 69 let označili účinnost v průměru 4,28 body a respondenti starší 70 let 4 body. Celá skupina respondentů tak ohodnotila účinnost balneoterapie v průměru 4,13 body.

Zároveň se domníváme, že i když respondenti vyhodnotili fyzioterapeutické procedury jako ty nejméně účinné, nelze tyto procedury chápat jako zbytečně absolvované. Vzhledem k tomu, že u klientů s diabetem mellitem je třeba se zaměřit na širokou oblast zdravotních obtíží, ani volba léčebného programu nebude jednostranně zaměřena. Je dobré pohlížet na lázeňskou léčbu komplexně a měli bychom brát v úvahu, že právě komplexnost může léčebný efekt potencovat. J. Benda, G. Dipoldová (1999) ve své studii lázeňského léčení periferního cévního syndromu u diabetiků zmínili, že léčebný program by měl obsahovat kombinaci řízené pohybové terapie, vodní uhličitě koupele a částečné koupele horních končetin o vzestupné teplotě. Také zdůrazňují, že by posouzením výsledků okamžité nebo dlouhodobé účinnosti jednotlivých metod a lázeňských prostředků neměla stanovovat jejich důležitost a měla by zůstat zachována komplexnost. Doporučují řízenou pohybovou aktivitu zahrnout do léčebného programu 2x denně, 6 dnů v týdnu.

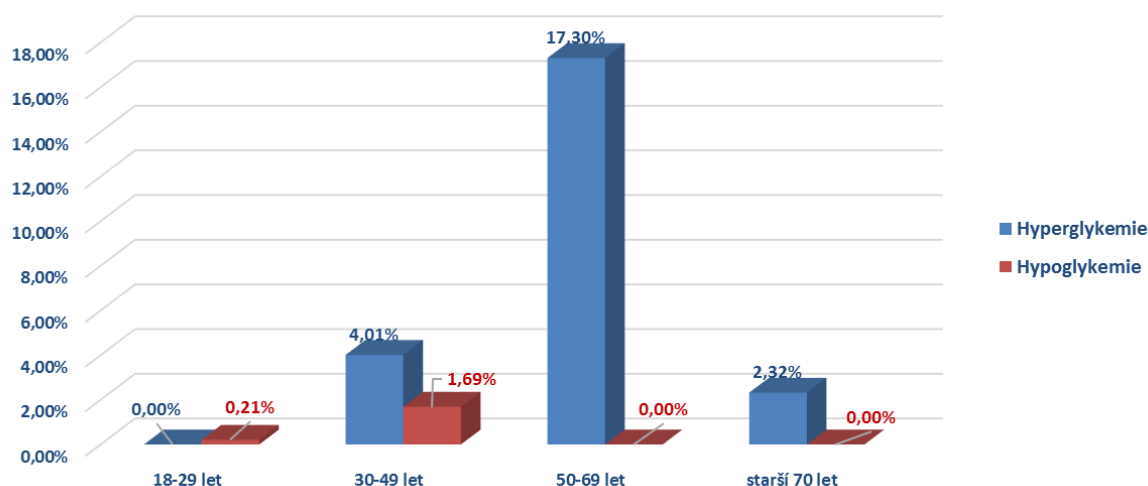
Naším průzkumem jsme také zjistili, že klienti, kteří pocítovali výrazné zlepšení zdravotního stavu po fyzické stránce, cítili se výrazně lépe také po psychické stránce. Také v této oblasti se naše výsledky shodují se studií J. Benda a G Dipoldové (1999).



Graf 3 Zlepšení zdravotního stavu po fyzické a psychické stránce (Zdroj: Autor)

Dále z výsledků našeho průzkumu vyplynulo, stejně jako z průzkumného šetření A. Fialové (2012), že všichni respondenti zaznamenali po absolvování komplexní lázeňské léčby zlepšení zdravotního stavu. Zde ovšem připouštíme, že pokud bychom pracovali s větším průzkumným vzorkem, byli by možná klienti, kteří by vyhodnotili svůj zdravotní stav stejně na začátku i na konci lázeňské péče.

Pro nás neočekávaným zjištěním bylo vyhodnocení dotazu, jestli měl klient, v době lázeňského léčebného pobytu vlastní zkušenost s hypoglykemií nebo hyperglykemií. Očekávali jsme, že v souvislosti s jiným režimem fyzických aktivit, který bývá v léčebném lázeňském procesu často náročnější na výdej a hospodaření s vlastní energií, než v běžném životě, se respondenti budou více potýkat, obzvláště v prvních dnech lázeňské léčby, s hypoglykemií.



Graf 4 Hyperglykemie a hypoglykemie v období lázeňské (Zdroj: Autor)

Z celkového počtu 474 respondenti uvedlo pouze 9 respondentů, což odpovídá 1,9% z celku, že měli v době lázeňského léčebného pobytu vlastní zkušenost s hypoglykemií. Naopak s hyperglykemií se v době lázeňské péče potýkalo 112 respondentů, což odpovídá 23,63% z celkového počtu respondentů. Domníváme se, že tyto výsledky nemusí být zcela objektivní a mohou být zkresleny obavou klienta přiznat, i když se jednalo o dotazník anonymní, že k dekompenzaci došlo, neboť se obává změny léčby nebo nových, z takových situací vyplývajících, omezení. Podle údajů ze studie Hypoglycaemia Assessment Tool (2013) zaznamaná v průměru 66,5% diabetiků výskyt hypoglykemie jednou za čtyři týdny a z obavy ze stigmatizace až 60% klientů s diabetem mellitem o zjištěné hypoglykemií před svým lékařem pomlčí.

Na základě našich zjištění, se záměrem zkvalitnění služeb a péče o klienty s diabetes mellitus, je možné navrhnout doporučení pro management Léčebné lázně Mariánské Lázně a. s.:

- Pro pracovníky léčebných úseků organizovat doškolovací semináře ohledně účinků, indikací a kontraindikací léčebných procedur a jiných aktivit a tím zajistit dostatečné znalosti zaměstnanců, kteří pak budou schopni zodpovědět dotazy klienta a tím klienta podpořit v motivaci správného absolvování léčebných aktivit v lázních.
- Lékařům společnosti Léčebné lázně Mariánské Lázně a. s. vytvořit prostor k implementaci ověřených průzkumných zjištění v oblasti účinnosti lázeňských aktivit do praxe.
- Zařadit do vysílacího televizního programu Léčebné lázně Mariánské Lázně a. s. informativní šot, ve kterém klient bude seznámen s účinkem léčebných procedur, pitné kúry a jiných lázeňských aktivit.
- Dále bychom doporučili pokračovat v průzkumných šetřeních, která by se zaměřila na účinky lázeňské péče a účinnost jednotlivých lázeňských aktivit u diabetiků s konkrétním typem pozdní komplikace. Taková zjištění by se dala velmi dobře využít při řešení nabízené sekundární prevence diabetikům.

Doporučili bychom pokračovat v průzkumných šetřeních, která by se týkala účinnosti procedur, které nám klient s diabetem mellitem uvedl sám jako účinné.

ZÁVĚR

Diabetes mellitus je onemocnění, prevalence kterého, stále roste. Komplikace, které s sebou přináší, snižují kvalitu života člověka, v horším případě bývá důsledek fatální. Vzhledem k tomu, že jedním z rizikových faktorů vzniku diabetu mellitu je dědičnost, není možné vždy aplikovat primární preventivní opatření a tím zabránit vzniku onemocnění. Dalším rizikovým faktorem vzniku diabetu mellitu je nezdravý způsob života, obezita. Také v tomto případě může k rozvoji onemocnění dojít a bohužel ani zde již primární prevence stav nezmění. V tuto chvíli je třeba přehodnotit možnosti a každému klientovi s diabetem mellitem by měla být poskytnuta možnost sekundární prevence. A právě s prevencí sekundární se klient setkává v rámci lázeňské léčebné péče. Jedná se o péči, která může klientovi zkvalitnit život, otevřít nové možnosti, ukázat způsob zdravého životního stylu, zmobilizovat životní sílu, zmírnit bolestivé projevy komplikací diabetu mellitu a v neposlední řadě posílit vlastní klientovu

psychiku. Lázeňská léčebná péče může být cestou, jak si zachovat, případně navrátit, schopnost sebezpěče.

Naším průzkumným šetřením jsme zjistili, že účinnost lázeňské léčby lze pozorovat u každého klienta s diabetem mellitem, bez rozdílu věku či pohlaví. Mezi klienty s diabetem mellitem jsou procedury oblíbené a ty méně populární. Mezi méně populární patří pohybové aktivity. Klienti se často domnívají, že „nějaké“ cvičení si mohou absolvovat i doma a je tedy zbytečné se takových aktivit účastnit v rámci lázeňského léčebného pobytu. Ale taková domněnka je mylná. Většina klientů s diabetem mellitem, kteří do lázní přijíždí za účelem léčby, v domácím prostředí žádné pohybové aktivity nevykonává. Plánovaná fyzická aktivita, řízená rehabilitačním pracovníkem, je tedy vhodným krokem k tomu, aby klient sám zjistil, že je mu pohyb prospěšný a že jsou pohybové aktivity, které ho nijak neohrozí vznikem hypoglykemie. Pro mnohé klienty se tak lázeňská léčba může stát pomyslným návodem k tomu, jak skloubit zdravý životní styl a onemocnění diabetes mellitus. Důležitý je fakt, že komplexnost léčby, do které je zahrnuta strava, pitná kúra, aktivní i pasivně přijímané procedury, je tou nejlepší cestou, jak onemocnění diabetes mellitus snáze zvládat.

Pro klienta s diabetem mellitem, který absolvuje lázeňskou léčbu a v souvislosti s ní pocítí pozitivní změny zdravotního stavu, je pak jistě snazší s vlastním onemocněním bojovat a neztratit sílu k boji ve chvíli, kdy se objeví nové zdravotní problémy v podobě pozdní komplikace onemocnění diabetes mellitus.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BENDA, J. - DIPOLDOVÁ, G. 1999. Lázeňské léčení periferního cévního syndromu u diabetiků. In: *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. ISSN 1211-2658, 1999, ročník 6, s. 63-70.
- FIALOVÁ, A. 2012. Balneologie – balneoterapie a balneoprovozy v ČR. [online]. 2012. [citováno 2016-11-05]. Dostupné na: <<https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/2520/BP%20%20Fialova.pdf?sequence=1>>.
- JANDOVÁ, D. 2009. *Balneologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2009. 424 s. ISBN 978-80-247-2820-9.
- KAREN, I. – SVAČINA, Š. a kol. 2014. *Diabetes mellitus v primární péči*. 2. rozšířené vydání. Praha : Axonite cz, 2014. 264 s. ISBN 978-80-904899-8-1.

KILIAN, T. 2006. Pocta boží vodě. [online]. 2006. [citováno 2016-12-03]. Dostupné na:

<<http://cestovani.doktorka.cz/pocta-bozi-vode/>>.

PODĚBRADSKÝ, J. – PODĚBRADSKÁ, Ř. 2009. *Fyzikální terapie manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.

SOMOL, A. – ŠVANDRLÍK, R. 2006. *Lékařství v Mariánských Lázních, historie, lékaři a lékárníci*. Vydalo : Městské muzeum Mariánské Lázně, 2006. 255 s. ISBN 80-90375-0-5.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 423/2001 Sb., kterou se stanoví způsob a rozsah hodnocení přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod a další podrobnosti jejich využívání, požadavky na životní prostředí a vybavení přírodních léčebných lázní a náležitosti odborného posudku o využitelnosti přírodních léčivých zdrojů a klimatických podmínek k léčebným účelům, přírodní minerální vody k výrobě přírodních minerálních vod a o stavu životního prostředí přírodních léčebných lázní.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 164/2001 Sb. o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů.

Kontaktní údaje autora:

Bc. Soňa Korcová

Plzeňská 282

354 71 Velká Hleďsebe

Tel.: +420 / 608 984 627

E-mail: sonakorcova@centrum.cz

DUCHOVNÁ STAROSTLIVOSŤ O CHORÝCH A ZDRAVOTNÍCKA ETIKA ISLAMU

LACA Peter

ABSTRAKT

Príspevok predstavuje tému duchovnej starostlivosti o chorých v ošetrovateľskej starostlivosti so zreteľom definovať položky modelov prispôsobených v starostlivosti o vyznávačov islamu. Spirituálna zložka reprezentuje sféru spirituality a presahuje oblasť akéhokoľvek konkrétneho náboženstva. Podstatou spirituálneho rozmeru človeka je predovšetkým jeho viera, lebo viera je jednou z potrieb duchovného života a to vo forme vzťahu k absolútnu, k Bohu, k zmyslu života. Vedomie zmyslu súvisí s videním svojho života v širších dimenziách a tie slúžia pacientovi ako rámec pre sebapoňatie a chápanie sveta, na základe ktorých jednanie pacienta nadobúda zmysel.

Kľúčové slová: Duchovná starostlivosť. Etika. Islam. Korán. Kresťanstvo. Pacient. Sestra. Spiritualita.

ÚVOD

Mnoho chorých ľudí či už mladých, alebo vekom pokročilých, veriacich (akéhokoľvek vyznania) či neveriacich sa dostáva do situácie, keď sa ich myšlienky i celkový stav v priebehu choroby menia. Spočiatku kladie človek dôraz na biologické potreby, až väčšinou v záverečnej fáze života sa do popredia dostávajú spirituálne či duchovné potreby. Starostlivosť o duchovné potreby chorého a kvalitu jeho duchovného života nemusia vykonávať iba duchovné osoby (kňazi, diakoni, rehoľníci), rôzni pastorační asistenti, prípadne psychológovia, psychoterapeuti, ale sú k tomu povolané aj sestry a pôrodné asistentky, ktoré potrebujú vedieť zaujať adekvátne stanovisko, posúdiť zdravotnú situáciu pacienta a vysoký stupeň empatie a schopnosti, vedieť poskytnúť ťažko chorému a umierajúcemu pocit, že jeho osobnosť a želania sú rešpektované, ako aj istotu, že v kritických chvíľach nebudú sami a budú zohľadnené nielen ich psychologické či sociálne potreby, ale aj spirituálne a duchovné potreby. Príspevok je venovaný poskytovaniu duchovnej starostlivosti pacientom v ošetrovateľskej starostlivosti a etike islamu. Cieľom príspevku je poukázať na poskytovanie duchovných potrieb pacientom

v ošetrovateľskej starostlivosti, a zároveň definovať položky modelov prispôsobených v starostlivosti o vyznávačov islamu.

POSKYTOVANIE DUCHOVNEJ STAROSTLIVOSTI

Spirituálna a duchovná starostlivosť sa často v mysliach ľudí chápe iba ako zaistovanie duchovných potrieb religióznym pacientom, teda začlenených do jednotlivých cirkví a destinácií. Zabúda sa však na to, že spirituálny a duchovný rozmer má každý človek, odhliadnuc jeho osobné presvedčenie. Skúsenosti mnohých duchovných osôb s chorými totiž ukazujú, že „*táto dimenzia človeka je prítomná a zohráva svoju úlohu aj vtedy, keď chorý v zásade so svojim okolím nekomunikuje, keď je v bezvedomí, prípadne je veľmi blízko smrti*“ (Opatrný, 2006, s. 5). Termín *spiritualita* sa v posledných rokoch frekventovane vyskytuje tak v laickej verejnosti, ako aj v rôznych odborných publikáciách. Pokúsiť sa o samotnú definíciu pojmu *spiritualita* je častokrát veľmi náročné a mnoho autorov ju chápe v rôznom kontexte. Je veľmi ťažké podať striktnú definíciu *spirituality* a *religiozity*. Východiskom vysvetlenia pojmov *spiritualita* a *religiozita* nám budú definície jednotlivých autorov, ktoré napomôžu ozrejniť základné chápanie jednak z pohľadu filozofie, teológie i samotnej psychológie.

Spiritualita bola pôvodne teologickým pojmom vyjadrujúcim vzťah človeka k Bohu. Dnes je jej význam zmenený a používa sa pre opis náboženských i nenáboženských zážitkov človeka (Kubicová, 2011). Asociácia ASERVIC uvádza definíciu *spirituality* v dokumente nazvanom White paper ako *vrodenú schopnosť a sklon*, ktorý je jedinečný pre každú osobu. Táto tendencia posúva človeka k poznaniu, láske, zmyslu, nádeji, transcencii, sunáležitosti a celistvosti. *Spiritualita* je pestovanie citlivosti k duchovným hodnotám, často sa chápe ako synonymum duchovného života vôbec. Väčšinou ide o prežívanie a vyjadrovanie vzťahu k Bohu vo vnútri určitého štruktúrovaného náboženstva alebo náboženského hnutia. Je to osobná náboženská skúsenosť a jej uskutočňovanie v živote.

V. Smékal (2002) zaraďuje k prostriedkom pestovania *spirituality* okrem tradičnej modlitby a pokánia, aj posvätné tance, spev, pobyt v prírode, poznanie svojich osobnostných rysov, reflexiu a sebareflexiu. Zároveň uvádza názor T. Keatinga o dvoch spirituálnych cestách: *jedna cesta* chápe svet ako cvičné pole, miesto utrpenia, z ktorého človek odchádza do večnej blaženosti. Pri *druhej ceste* činnosť je úlohou, ktorú dal človeku Boh

na zduchovňovanie človeka a sveta. Podľa V. Smékala (2002) treba sa zaoberať spiritualitou ako cestou k múdrosti a eticky zakotvenému životu, ako nástrojom zmeny osobnosti, ako spôsobom obnovy pokoja v duši a ako cestou spásy.

Spiritualita sa môže charakterizovať aj ako dimenzia života, ktorá zrkadlí potrebu nájsť zmysel v ľudskej existencii, ale tiež ako postoj, ktorý vychádza priamo z kresťanskej tradície. Spiritualita nie je však podmienená zvyčajným členstvom v cirkvi a súhlasom s existenciou Boha (Haškovcová, 2007). Je to cesta za cieľom, ktorý nás presahuje a uskutočňuje sa v našom hodnotovom postoji (Prokop, 2006). Nie je to nejaký pravidelný čiastkový súbor presvedčení alebo praktických krokov, nie je tematicky ohraničená a akosi osamotená, ale je to integrálna stránka každodenného života (Křivohlavý, 2006). Spiritualita nám ukazuje, že ľudia nie sú len fyzické tela, ktoré potrebujú obyčajnú mechanickú ošetrovateľskú starostlivosť. Ľudia zistili, že im významne pomáha zapojenie mysle a ducha udržovať zdravie a bojovať s chorobami, traumami a životnými zmenami (Čermák, 2011). Spiritualita zvykne byť opisovaná v dvojdimenzionálnom význame, ako dimenzia *vertikálna* vo vzťahu k Bohu a k transcendentnu, a tiež ako dimenzia *horizontálna* vo vzťahu k sebe samému, k ostatným a k prostrediu, ktoré človeka obklopuje (Ivanová, 2005).

Náboženstvo (religiozita) sa zvyčajne stotožňuje s organizovaným duchovným životom, zatiaľ čo *spiritualita* je mu pojmom nadradeným. Tieto dve entity sa môžu i nemusia prekrývať, ale náboženstvo je viac-menej vnímané ako nástroj k pochopeniu a vyjadreniu duchovna cez určité rituály a náboženské aktivity. Na rozdiel od spirituality je náboženstvo chápané v spojitosti s cirkvou vzťahujúcou sa ku konkrétnej náboženskej tradícii (Kutnohorská, 2007). Pri snahe presnejšie vymedziť spiritualitu je najprv potrebné oddiferencovať ju od religiozity. Religiozita (náboženskosť) bola vymedzená Strížencom (1997) ako osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahrňujúci rôznych komplex javov, najmä rôzne formy myslenia (dimenzia poznatkov - náboženské presvedčenie), prežívania (náboženské city) a konania (kult, aktivita v rámci náboženského spoločenstva). Religiozita zahrňuje teda postoj k náboženským obsahom, ktorý sa prejavuje v individuálnom hodnotovom systéme. Rôzne stránky religiozity sú v mnohostrannom vzájomnom vzťahu s inými charakteristikami osobnosti.

Na nevyhnutnosť rozlišovania religiozity a spirituality poukázali aj Tloczynski a i. (1997). Vychádzajúc z iných autorov religiozitu vymedzujú ako pridŕžanie sa presvedčení a

rituálov organizovanej cirkvi alebo náboženskej inštitúcie. Spiritualitu považujú za spôsob existencie a skúsenosti, ku ktorým dochádza prostredníctvom uvedomenia si transcendentnej dimenzie osobnosti. Spiritualitu charakterizujú určité hodnoty vo vzťahu človeka k sebe, iným ľuďom, prírode, životu a tomu, čo sa považuje za „posledné platné“ (Ultimate). I keď orientácia na Absolútne (Boha) je spoločná pre religiozitu i spiritualitu, religiozitu považujú za viac kolektívnu a dogmatickú a spiritualitu za viac individuálnu, osobnú, priamu a skúsenostnú.

O histórii poskytovania duchovnej starostlivosti chorým sa v kresťanstve píše vo Svätom písme, konkrétne v Starom zákone, ktorý predstavuje Boha ako toho, ktorý zachraňuje, vyvádza z otroctva, stará sa o človeka. Vtedajšej pastierskej kultúre bol blízky obraz pastiera, a preto sa pre Boha starajúceho a ochraňujúceho ujala, okrem iného, metafora pastiera. Kresťanstvo prinieslo nové chápanie podstaty zdravotníckeho povolania „*ako služby Bohu a blížnemu, a tým i nový vzťah zdravotníkov k chorým*“ (Slabý, 1991, s. 7).“ Duchovná starostlivosť o chorých má teda kresťanské korene. Na základe biblických textov sa kresťania začali intenzívne starať o chorých a postihnutých, kde popri ošetrovaní rán a ich liečenia patrila k starostlivosti tiež modlitba a čítanie zo Svätého písma (Laca, 2011). Znamenalo to a dodnes znamená napodobovať Ježiša Krista ako dobrého Pastiera (Opatrná, 2006).

V Matúšovom evanjeliu sa Ježiš Kristus stotožňuje nielen s hladnými, smädnými a úbohými, ale tiež s chorými. Konkrétne v Novom zákone sa môžeme dočítať, že Ježiš uzdravoval slovom a dotykom, občas dokonca použil materiály ako je blato alebo slinu. Lukášovo evanjelium opisuje príbeh o milosrdnom Samaritánovi: „*Istý muž sa uberal z Jeruzalema do Jericha. Cestou ho prepadli banditi, ukradli mu šaty aj peniaze, zbili ho a polomŕtveho ho nechali ležať pri ceste. Náhodou šiel tadiaľ kňaz, ale keď ho videl, zďaleka ho obišiel. Aj jeden chrámový sluha šiel okolo, ale ani ten mu neposkytol pomoc. Napokon šiel tade aj jeden z opovrhovaných Samaritánov. Keď videl zraneného, prišlo mu ho nesmierne ľúto. Zabudol na starú nenávisť medzi Židmi a Samaritánmi, pristúpil k nemu, ošetril mu rany olejom a vínom, obviazal mu ich, vysadil na svojho oslíka, zaviezol do hostinca a tam sa oňho staral. Na druhý deň dal hostinskému dva strieborniaky a poprosil ho: Postaraj sa oňho, a ak ťa to bude viac stáť, doplatím ti, keď sa budem vracat'. Čo myslíš, spýtal sa Ježiš, ktorý z tých troch mužov sa zachoval ako blížny k tomu úbožiakovi, čo ho prepadli banditi? Ten, čo mu pomohol, odpovedal učiteľ Zákona. Tak teraz chod' a konaj podobne, povedal mu Ježiš“ (Lk 10, 30-37). V celom Novom zákone Ježiš vyzýva človeka k podobnému konaniu.*

Objasnenie toho, čo je duchovná (spirituálna) starostlivosť, resp. potreba nám poskytuje aj úryvok z knihy od Svatošovej, (2012, s. 9). v ktorej sa píše, že „*všetci máme spirituálne potreby, všetci túžime, aby náš život bol naplnený zmyslom, všetci by sme chceli zomrieť s pocitom, že sme sa aspoň pokúsili učiniť tento svet o trochu lepším miestom k prebývaniu, než bol svet, do ktorého sme sa narodili.*“ Autorka ďalej píše, že o duchovné potreby by sme sa mali viac zaujímať u ľudí, ktorí nežijú z viery. Ti, ktorí sú veriaci, zvyčajne vedia, čo potrebujú a ako si to zariadiť. Ale neveriaci to nevedia a práve v čase, keď prichádza vážna choroba, potrebujú pomoc so zodpovedaním si na otázky o zmysle života; potrebujú vedieť, že im bolo odpustené, že oni sami odpustili, že život, ktorý prežili, mal zmysel. Ak nie je táto potreba zmysluplnosti naplnená, nastáva stav duchovnej núdze (krízy), človek si zúfa a tým trpí. Je potrebné mu ukázať, že v každej situácii sa dá žiť zmysluplne (Svatošová, 2012).

Každý človek, zvlášť zdravotník by mal nájsť svoje vlastné duchovné potreby; to znamená, čo ho naplňuje pocitom šťastia a spokojnosti a pomáha mu to byť v živote vyrovnaným. Ak zdravotník, ktorý nerozumie svojim duchovným potrebám alebo sa nimi nechce zaoberať, nemôže potom pochopiť ani to, ako môže pomôcť pacientovi s jeho duchovnými bolesťami a problémami. Pacient veľmi ľahko pozná, že mu v týchto situáciách tento človek nedokáže pomôcť, a už s ním nebude chcieť nič podobné riešiť (Svatošová, 2012). Takto potom zdravotnícky pracovník nesplní svoju povinnosť, sklame svoje poslanie – pomáhať. Stačí mať iba záujem a snahu riešiť tieto veci, i keď mu to na začiatku možno veľmi nepôjde; ako začiatočník si chyby môže dovoliť, a navyše, chybami sa človek učí. Týmto má byť povedané to, že ani neveriace sestry by nemali zmenšovať dôležitosť významu duchovných potrieb a ich uspokojovanie, napriek tomu, že nie sú veriace a neuznávajú existenciu Boha.

Určite je vhodné, aby podľa možností sa o pacienta starala sestra s podobnými názormi. Lebo bolo zistené, že existuje určitý vzťah medzi duchovným blahom sestry a kvalitou poskytovanej starostlivosti v tejto oblasti. Sestra, ktorá si je vedomá určitých duchovných hodnôt, je pravdepodobne nasmerovaná tak, že je schopná odovzdať ich iným. Otázkou je, či vie alebo nevie veriaci klient to, že sestra zdieľa podobné hodnoty ako on.

U veriacich a nábožensky orientovaných zdravotníckych pracovníkov hrozí riziko, že budú pacientovi svoj pohľad na svet vnucovať. Sestra by nemala manipulovať, ale skôr vycítiť, „*kedy zvolený spôsob pomoci môže blokovať, kedy povzbudzovať a kedy zraňovať*“ (Prekop,

2004, s. 82). Veriaci pacienti nemusia taktiež chcieť hovoriť priamo o duchovných veciach, ale o starostiach bežného života a obyčajných záležitostiach. Viera pre nich často je vnútornou a intímnu záležitosťou, s ktorou sa nezverujú a chcú o nej hovoriť len za určitých okolností (Vodáčková, 2007). Sestra by teda mala byť pripravená i na odmietnutie pomoci v duchovnej a spirituálnej starostlivosti a rešpektovať pranie pacienta. Niektorí pacienti sa ostýchajú požiadať o duchovnú radu, preto volia otázky typu: Čo sa stane so mnou po smrti? Chodíte do kostola? Ak nájdú v sestre zainteresovaného poslucháča, zaujíma ich názor sestry a priamo sa jej so svojimi starosťami zverujú (Špirudová, 2006).

Ak je pacient veriaci a sestra nie je, môže sa zdať, že táto varianta stretnutia nemá pre pacienta žiadne výhody. Dalo by sa čakať, že dôjde k možnému nepochopeniu a vzdialeniu sa. Neveriaca sestra však môže byť chorému užitočná i v tom, že poskytne pohľad z odstupe a môže pomôcť pacientovi mobilizovať jeho vlastné vnútorné sily (Vodáčková, 2007). Okrem mobilizácie vnútorných zdrojov je dôležitá i pomoc zvonka, ktorá zaisťuje bezpečie, emočnú oporu a dôležité informácie (Paulík, 2010). Zdravotník môže ponúknuť nádej i mimo spirituálnu oblasť tým, že ocení to, čo pacient dokázal a vyjadrí rešpekt k jeho individualite. Tiež úcta k druhému človeku a altruizmus prekračujú normu egoizmu a egocentrizmu (Křivohlavý, 2006). Podstata pomoci pacientovi však nemusí teda spočívať jednoznačne v ponúkaní duchovnej starostlivosti (Škrla, Škrlová 2003). Často stačí, ak je sestra chorému nablízko, má pre neho pochopenie a rešpektuje jeho autonómiu (Opatrný, 2006; Zacharová, 2007). Problémom však môže byť v určitých prípadoch to, pokiaľ pacient bytostne tuží po zdieľaní skúseností duchovného presahu. Neveriaci pracovník tejto túžbe skutočne nemusí rozumieť a dôverovať, a dokonca to v ňom samom môže vzbudiť rôzne obranné postoje až agresiu voči pacientovi (Škrla, Škrlová 2003). Niekedy ale môže byť zdravotnícky pracovník otvorený podobnému uvažovaniu ako pacient a sám môže pripustiť existenciu vyššieho zmyslu. Práve na tejto úrovni sa môže s pacientom stretnúť a poskytnúť mu priestor pre jeho uvažovanie (Vodáčková, 2007).

Vzhľadom k prevažujúcej sekularizácii našej spoločnosti je najpravdepodobnejšie stretnutie neveriaceho pacienta a neveriacej sestry. Ale aj v tak štandardnej situácii sa môže stať, že pacient v kríze začne uvažovať o duchovnom rozmere svojej situácie. I v prípade, že sestra duchovnú oblasť života odmieta, je spirituálna dimenzia súčasťou pacientovej osobnosti a ona nemôže predstierať, že nechápe, čo pacient hovorí, alebo že o to nemá záujem (Škrla,

Škrlová 2003). „Zdravotnícky pracovník musí vedieť využiť všetkých dostupných foriem komunikačných zručností tak, aby chorého psychicky podporil a vhodne motivoval v diagnosticko-terapeutickom procese. Je nutné dávať pacientovi na vedomie jeho ľudské hodnoty a jedinečné postavenie v celom ošetrovateľskom a liečebnom systéme zdravotníckej starostlivosti (Zacharová, 2007, s. 92).“ Preto je potrebné, aby význam role sestry bol podporovaný a ich vzdelávaniu bola venovaná patričná pozornosť a to má priviesť sestry učiť sa nové trendy v klinickej praxi a teórii, a tiež premýšľať nad vlastným profesionálnym a odborným rastom (Kilíková a kol., 2013).

Aj keď sestra nemá v poskytovaní starostlivosti v duchovnej oblasti dostatok vedomostí a skúsenosti, i tak by mala byť schopná odporúčať overený kontakt na duchovného či inú kvalifikovanú osobu, ak má pacient takýto záujem (Vodáčková, 2007). Je dôležité, aby sestra dala pacientovi možnosť si o takúto pomoc požiadať (Prekop, 2004). Zdravotník by sa mal spojiť s osobou (s tzv. „zdrojom pomoci“), ktorý pacientovu potrebu v duchovnej oblasti dokáže uspokojiť, podporuje ho a dodáva mu silu v ťažkých situáciách.

ZDRAVOTNÍCKA ETIKA ISLAMU A JEDNOTLIVÉ POLOŽKY MODELOV PRISPÔSOBENÝCH V STAROSTLIVOSTI O VYZNÁVAČOV ISLAMU

Islam je druhé najpočetnejšie náboženstvo sveta, ktoré verí v jedného Boha. Jediným Bohom tohto monoteistického náboženstva je Alah. Islam teda znamená mier a oddanosť Bohu, o ktorom kázal prorok Mohamed (Müller, 2005). Proroctvá prednášané Muhammedom v priebehu dvadsiatich rokov sú obsiahnuté vo svätom písme moslimov, Koráne. Text Koránu pochádza priamo od Alaha, jeho prostredníkom bol Archanjel Gabriel, ktorý sa prorokovi postupne zjavoval. Korán je teda božím slovom. Samotný termín Korán znamená to, čo má byť recitované, prednášané, poprípade čítané. Pre moslimov je táto kniha dôležitá pri ich modlitbách a je hlavným zdrojom islamského zákona nazývaného šaría. (Rousset, 2006). Podľa Koránu je ľudský život drahocenný dar od Alaha. Povinnosťou moslimov je teda život uchovávať a použiť ho pre slávu a radosť v službe Alahovi.

Zdravotnícka etika v islame teda vychádza z posvätnosti ľudského života ľudí a z nutnosti chrániť jeho hodnoty. Preto je nutné dodržiavať stanovené zásady pre starostlivosť

o moslimov. Medzi hlavné etické zásady patrí rešpektovanie jedincovej autonómie a zodpovednosti. To znamená, že chorý (pacient) má právo o sebe rozhodovať, ak je schopný porozumieť svojmu zdravotnému problému. Ďalšou zásadou je prospievať pacientovi prijímaním rozhodnutí, ktoré sú prospešné a vedú k pozitívnemu konaniu. Následne neuškodiť pacientovi vyhýbaním sa postupov, ktoré by mohli poškodiť jeho zdravie alebo ho ohroziť na živote (Lorenzová, 1990).

Pre poskytovanie starostlivosti sestrami a ostatným zdravotníckym personálom je na prvom mieste zber informácií o pacientovi, od ktorých sa odvíja ich ďalšia ich činnosť. Preto je nutné z hľadiska zberu informácií aj kultúrne ošetrovateľské zhodnotenie pacienta podľa položky modelov od Gigerovej a Davidhizarovej. V tomto prípade ide o vyznávača islamu, čiže moslima. U takého človeka hrá veľkú úlohu, odkiaľ pochádza, či je prisťahovalec, či sa narodil moslimským rodičom až na konkrétnom mieste, alebo či ide o občana danej krajiny konvertujúceho k islamskej viere. Významným faktom je teda tiež dĺžka pobytu pacienta v krajine. V nasledujúcej časti sa pokúsime popísať položky jednotlivých modelov, ako sú: *komunikácia, interpersonálny priestor, sociálne začlenenie, poňatie času, vplyv prostredia a výchovy, biologická odlišnosť*, ktoré sú zamerané na vyznávačov islamu a následne uľahčujú a urýchľujú kultúrne ohľaduplné ošetrovateľské hodnotenie s vhodne volenými intervenciami.

Komunikácia - v tejto časti modelu je nutné zistiť špecifiká komunikácie moslimských pacientov, pretože každá komunikácia v zdravotníctve je dôležitá z hľadiska interakcie medzi sestrou a pacientom. K prenosu informácií dochádza pomocou verbálnej a neverbálnej komunikácie. V multikultúrnom ošetrovateľstve je potrebné, aby sestra poznala špecifiká týkajúce sa komunikácie a predišla tak vzniku komunikačných bariér. Komunikačné bariéry totiž nevznikajú iba neovládaním jazyka typického pre kultúru, ale aj neporozumením kultúre, národu či etniku (Ivanová, et al., 2005). Pri starostlivosti o vyznávačov islamu sa môže objaviť problém v komunikácii ihneď, ak pacient neovláda slovenský jazyk, preto sa musí sestra zaoberať, akým jazykom chorý hovorí. Hoci pacienti väčšinou prichádzajú v sprievode osoby schopné prekladať, musí byť zdravotnícky personál pripravený aj na opačnú situáciu. V takom prípade je vhodné kontaktovať prekladateľa alebo využívať pomôcky, ako sú piktogramy či slovník.

Vhodné a veľmi prospešné je pokiaľ má nemocnica k dispozícii informačné brožúry v rôznych jazykoch. Súčasťou tejto položky *komunikácie* sú tiež charakteristika hlasu, spôsob vyjadrovania a výslovnosť (Černá a kol., 2005). Z neverbálnej komunikácie si sestra musí všímať haptiku (dotyky, podania rúk), posturiku (reč tela), kineziku (reč pohybov), gestiku (gestá, reč rúk) a pohľady. Pre sestru je dôležitá zásada, nepodávať moslimom nič ľavou rukou, pretože slúži k nečistým veciam. Pacient by tento prejav mohol považovať za urážku alebo nevychovanosť. Problematické sú tiež gestá a dotyky útechy (držanie za ruku, hladenie po čele), najmä pokiaľ ide o osoby opačného pohlavia, lebo telesný kontakt medzi cudzími mužmi a ženami je v islamskej kultúre tabu. Významnú rolu v komunikácii moslimov hrá zrakový kontakt. Pomocou zrakového kontaktu sa pri komunikácii sleduje záujem či nesúhlas komunikujúcich. Je nutné si uvedomiť, že je to možné len u osôb rovnakého pohlavia. U moslimských žien sa totiž ich skromnosť prejavuje aj tým, že sa vyhýbajú pohľadu do očí iných mužov. Preto u žien na verejnosti vidíme väčšinou sklopený zrak (Průcha, 2006).

Každá komunikácia začína pozdravom, pretože pozdrav je gestom zdvorilým. V moslimskom náboženstve je potriasanie rúk pri stretnutí či lúčení nezvyčajné. U ortodoxných moslimov je telesný kontakt, teda podanie ruky dokonca tabu. Odmietajú podať ruku človeku opačného pohlavia. Ak moslim žije dlhšiu dobu v inej krajine, význam podania ruky pozná. Niektorí sa k tomuto zvyku pripájajú a podanie ruky neodmietnu, ba dokonca, ak im lekár ruku nepodá, môžu to brať ako urážku. Zdravotnícky personál sa môže pri pozdrave stretnúť tiež s gestom, že si cez svoju ruku moslim prehne kus látky alebo aj rukáv. Sestra musí vedieť, že toto gesto vzniká, keď moslim rieši dilemu medzi cudzou a svojou kultúrou a nemalo by sa jej dotknúť, pokiaľ moslim podanie ruky odmietne.

Odmietnutie spozná tak, že pacient má väčšinou ruky založené za chrbtom. K pozdravu patrí aj oslovenie. Pri prvom stretnutí je vhodné sa opýtať pacienta, ako si praje byť oslovaný. „Moslimovia nepoužívajú priezvisko. Jedno meno dostávajú po dedovi, jedno po otcovi a svoje vlastné dostanú pri narodení“ (Černá a kol., 2005, s. 192).

Jedným z komunikačných tém v zdravotníctve je oznamovanie diagnózy. U moslimov je typické, že sa oznamujú prednostne rodinným príslušníkom. Dôvodom je, aby bol pacient chránený a nestratil nádej, hlavne ak ide o diagnózu závažnú. Závažné diagnózy bývajú rodinou často zámerne utajované. V našich podmienkach na oznamovanie diagnózy rodine musí však dať najprv pacient súhlas. Pre komunikáciu je dobré, dohovoríť sa s rodinou

na jednom zástupcovi, s ktorým budú lekári komunikovať. On potom bude informovať ostatných. U moslimov starosť o chorého preberá celá rodina a celá rodina tiež chce byť o stave ich člena informovaná. Mohlo by teda dôjsť k tomu, že lekár a ďalší zdravotný personál by neustále odpovedali na tie isté otázky (Ivanová, et al., 2005).

Pre zdravotnícky personál je tiež dobré vedieť, že existujú témy, ktoré môžu vyvolať odmietavé reakcie pacienta vyznávajúceho islam, preto je nutné pri zbere informácií postupovať veľmi obozretne. Medzi tieto tabuizované témy sa radia rodinné a intímne problémy a to prevažne keď pacient komunikuje s osobou opačného pohlavia. Otázka na rodinný stav je vnímaná slobodnými alebo staršími ako nepríjemná, pretože nebyť v manželskom zväzku je považované za škvrnu. Ďalšia z tém je počet detí u slobodných moslimských žien, pretože mimomanželský pohlavný styk je zakázaný. Rovnako tak môže byť táto otázka vnímaná ako urážka vydatej bezdetnej ženy. Môže mať totiž pocit, že je jej bezdetnosť vyčítaná. Bežné denné otázky ošetrojúceho personálu sú zamerané napríklad aj na vyprázdňovanie. Moslimovia sa o telesných prejavoch ako je močenie, stolica, výtok alebo menštruácia u žien, hanbia hovoriť (Ivanová, et al., 2005). Pre komunikáciu je dôležité mať jednak vedomosti o kultúre, ale aj dodržiavať všeobecné zásady. Hovoriť pomaly, zreteľne a používať jednoduché vety. Spätnou väzbou si overiť, či pacient všetkému rozumel. Prejavovať záujem o pacienta. Na komunikáciu si treba vyhradiť dostatok času, neponáhľať sa. Dôležité je vyhýbať sa medicínskym výrazom a zdravotníckemu slangu (Mastiliáková, Kutnohorská, 2003).

Interpersonálny priestor - úzko súvisí s komunikáciou. Narušenie priestoru pacienta môže spôsobiť pocit nepohody a narušenia interakcie medzi ním a sestrou (Špirudová, 2006). Je potrebné vedieť, že moslimovia nepreferujú veľký odstup v osobnej zóne, ale zároveň je u ortodoxných moslimov zakázaný akýkoľvek telesný kontakt opačných pohlaví. Pri komunikácii ide teda o blízku vzdialenosť asi na dva kroky, aby bol udržaný kontakt komunikujúcich očí (Mastiliáková, Kutnohorská, 2003). Určitý priestor v nemocnici potrebujú vyznávači islamu pre svoje modlitby, preto je nutné zaistiť nerušené prostredie a súkromie. Dôležitou zásadou je tiež, aby nikto neprechádzal pred modliacim sa vyznávačom islamu (Černá a kol., 2005, s. 192).

Sociálne začlenenie - táto časť kultúrneho zhodnotenia sa týka závažnosti zdravotného stavu pacienta, ktorý je individuálny, ďalej potom jeho postavenie v rodine a celkovej rodinnej

anamnézy. Hlavou rodiny je muž, neskôr jeho úlohu preberá najstarší syn. Ich povinnosťou je rodinu finančne zabezpečiť, chrániť manželku deti a všetky ostatné ženy v rodine. Rodinu tiež reprezentujú navonok. Rodina je pre moslimov základom. Preto sa v nemocnici stretáme s potrebou rodiny starať sa o svojich blízkych aj v priebehu hospitalizácie. Vyžadujú byť svojim chorým členom rodiny nepretržite nablízku (Ivanová, et al., 2005). Islam vyžaduje, aby deti boli k svojim rodičom láskavé, poslušné a mali ich v úcte. Zakazuje im rodiča urážať alebo preklínať, pretože by sa dopustili veľkého hriechu (Qaradáwí, 2004).

Poňatie času - v kultúre moslimov nie je pojem čas presne vymedzený a tým pádom ani dodržiavaný. Pre moslimov je teda poňatie času veľmi flexibilné bez striktné vymedzených hraníc. Vnímanie času podlieha prirodzenému rytmu života moslimov a ich spoločnosti. Dôležitou informáciou je, aby sestry vedeli, že vyžadovanie dochvilnosti po pacientoch vyznávajúcich islam je vnímané ako nezdvorilý a netaktný prístup. Základnou informáciou je, že k inému vnímaniu času dochádza v pôstnom mesiaci ramadán, kedy sa vyznávači islamu v priebehu noci venujú modlitbám a vyznávaniu viery. Pre telo to však predstavuje aj veľkú mieru záťaž, pretože moslimovia v noci menej spia, ale viac jedia a pijú. Tým tiež dochádza k poruchám koncentrácie a celkovej slabosti. V oblasti vnímania času je nutné tiež zdôrazniť, že moslimovia sa päťkrát denne modlia. Občas však cítia potrebu pomodliť sa aj mimo stanoveného času modlitieb, alebo niektorú modlitbu posunúť či spojiť niekoľko modlitieb dohromady, s tým musí sestra počítať a nerušiť pacienta pri vyznávaní viery (Lorenzová, 1990).

Vplyv prostredia a výchovy - život moslimov ovplyvňuje Korán, ktorý je zdrojom ich zákona. Sú v ňom obsiahnuté predpisy, zákazy a povolenia v každodennom živote moslimov. Iba Alah má právo k povoleniam a zákazom. Zakazuje však len tie veci, ktoré sú škodlivé. Do vplyvu prostredia a výchovy sa radí vplyv viery a z veľkej miery vplyv rodiny (Qaradáwí, 2004). Edukácie týchto pacientov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je úspešná, ak je využitá kvalitná komunikácia. Preto je nutné mať vedomosti o špecifikáciách komunikácie a všetkých dostupných možnostiach pri komunikácii, kde sa vyskytne jazyková bariéra (Mastiliáková, Kutnohorská, 2003). Pre sestru je dôležitou informáciou, že moslim si so sebou berie do nemocnice modlitebný koberec a Korán. Pre moslima sú tieto predmety kľúčové a zdravotnícky personál, a ani spolupacienti by na ne nemali nič pokladať, dotýkať sa ich. Pre uspôsobenie prostredia v nemocnici by bolo vhodné určiť miesto, tzv. modlitebňu.

Tieto priestory však nie je možné využívať na iné účely. Vhodné je, ak je pri zvolenom priestore aj hygienické zariadenie pre vykonávanie rituálneho umytia. Islam je proti poverám, mýtom a mágii, rovnako tak neverí na pomoc talizmanov a amuletov v prevencii či liečbe choroby. Je však možné, že moslim bude mať pri sebe stuhu, retiazku či prívesok, na ktorých budú citáty z Koránu. Sestra by mala rešpektovať význam ich nosenia a násilím ich pacientom neodoberať (Mastiliáková, Kutnohorská, 2003).

Biologická odlišnosť - biologické odlišnosti stanovuje sestra na základe fyzikálneho vyšetrenia pacienta, u ktorého posudzuje: telesnú konštitúciu a typ postavy, farbu pokožky a jej možné pigmentácie, vlasy a ich hustotu aj farbu, hmotnosť, výšku a tiež ďalšie viditeľné znaky. Do posudzovania biologických odlišností patrí tiež laboratórne vyšetrenie. Pre túto časť sú dôležité ciele otázky zamerané na oblasť ochorení typických pre pacientovu rodinu. Ďalej sa zameriavajú na rodinné zázemie a reakcie rodiny, ak jeden z ich členov ochorie. Tiež sa nesmie opomenúť oblasť stravovania a stravovacích zvykov. Dôležitou témou tejto zložky je aj oblasť hygieny, jej povinnosti, rituálna hygiena, zvyky v obliekaní moslimov (Špirudová, 2006).

ZÁVER

Duchovná starostlivosť a spiritualita ako dimenzia osobnosti človeka je mnohodimenzionálny psychologický konštrukt. Znamená to hľadanie osobného spojenia s transcendentnom (s tým čo nás presahuje, je vyššie a dokonalejšie ako my) ako aj uznanie určitej závislosti od tejto transcendentnej skutočnosti, jej prežívanie v bežnom živote zdravia, ťažkej choroby i samotného zomierania. Zväčša je to niečo nemateriálne, samotný Boh, Vyššia sila, božstvo, Príroda, Vesmír. So spiritualitou sa spája subjektívny zážitok posvätna, zaoberanie sa s „poslednými záležitosťami“, hľadanie určitého zmyslu, istoty, súvislosti, výšin ľudských možností, a to aj za pomoci sestry v čase ošetrovateľskej starostlivosti.

Súhrnom informácií z ošetrovateľskej starostlivosti je, že „*moslimovia prijímajú chorobu i smrť s trpezlivosťou a modlitbami. Chorobu považujú za skúšku a útrapy berú ako istý druh pokánia za svoje predchádzajúce hriechy. Môžu však vyhľadať zdravotnícke zariadenia a očakávajú kvalifikovanú lekársku aj ošetrovateľskú starostlivosť*“ (Lorenzová, 1990, s. 13). Pre poskytovanie kvalifikovanej ošetrovateľskej starostlivosti je vhodné najprv zistiť, či u pacienta nedošlo ku kultúrnej asimilácii, alebo či si zachováva zvyky podľa svojej

kultúry. Potom je dobré si do dokumentácie poznamenať jeho vyznanie pre udržanie kontinuálneho adekvátneho prístupu k nemu. U pacientov odlišných kultúr by sa sestra mala snažiť hneď na začiatku hospitalizácie o rozhovor, kedy s ním preberie kultúrne odlišnosti. Tento rozhovor môže vo veľkej miere pomôcť komplexnej bezproblémovej ošetrovateľskej starostlivosti a spoluprácu medzi pacientom a sestrou. Zo všetkých týchto pravidiel vyplýva, že sú potrebné vedomosti sestier a pripravenosť nemocníc, pomocou ktorých môže zdravotný personál poskytovať kvalitnú starostlivosť vyznávačom islamu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ASERVIC. Resources. 2009. In: *Spiritual competencies*. [online]. 2009. [cit. 03.03.2017].
Dostupné na internete <http://www.aservic.org/resources/spiritual-competencies/>.
- ČERNÁ, E.; HLAVÁČOVÁ, M. 2005. Zvyky muslimů. Diagnóza. Praha: 2005, roč. 1, č. 4, s. 192-194. ISSN 1801-1349.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- KILÍKOVÁ, M. A KOL. 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 196 s. ISBN 978-80- 260-3755- 2.
- KUBICOVÁ, A. 2011. *K problematice sociálních a spirituálních kompetencii sociálních profesii*. In: CHYTIL, Oldřich, MATULAYOVÁ Tatiana. *Výzvy pre sociálne profesie v modernej spoločnosti*. Zborník príspevkov. 1. vydanie. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2011. [cit. 05.10.2016]. 14 s. ISBN 978-80-555-0336-3.
Dostupné na internete: <http://pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Matulayova2/>.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

- LACA, S. 2011. *Vybrané kapitoly z etiky pre sociálno-zdravotnícke profesie*, Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 2011, s. 264, ISBN 978-80-8132-015-6.
- LORENZOVÁ, D. et al. 1999. Zdravotní péče o muslimské pacienty, Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí. 1. vyd. Hradec Králové : Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyňe, 1999. 20 s. ISBN 80-85109-10-7.
- MASTILIÁKOVÁ, D.; KUTNOHORSKÁ, J. et al. 2003. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturnímultikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
- MÜLLER, Z. 2005. Svaté války a civilizační tolerance. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 131 s. ISBN 80-200-1355-5.
- OPATRŇÁ, M. 2012. *Článek pro sestry: Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?* [online]. [citované: 2016-10-10]. Dostupné na: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna2006-1_czech.pdf.
- OPATRŇÝ, A. 2003. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. (dopl.) verze. Praha, 2003 (dotisk 2006): Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství Pražském, 53 s.
- PREKOP, J. 2004. *Empatie: vcítění v každodenním životě*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5.
- PRŮCHA, J. 2006. Multikulturní výchova. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 263 s. ISBN 80-7254-866-2.
- QARADÁWÍ, J. 2004. Povolené a zakázané v Islámu. Přel. R. Hýsek. 1.vyd. Praha : Islámská nadace, 2004. 252 s. Přel.z: The Lawful and The Prohibited in Islam.
- ROUSSET, C. et al. 2006. Klíč k náboženství. Přel. Š. Belisová. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 158 s. Přel. z: Petit dictionnaire des religions. ISBN 80-00-01679-6.
- SLABÝ, A. 1991. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha : Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.
- SMÉKAL, V. 2002. *Spiritualita v denním životě člověka*. In: Galvas, Z. (Ed.): Homo religiosus. Vybrané aspekty psychologie náboženství. Praha : Českomoravská psychologická společnost 2002a.
- STRÍŽENEC, M. 1997. (Ed): *Duchovný rozmer osobnosti. Interdisciplinárny prístup*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV, 1997.

- SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha : Grada publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9, s. 21.
- SVĚTÉ PÍSMO STARÉHO A NOVÉHO ZÁKONA. 2000. Trnava : SSV, 2000.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠPIRUDOVÁ, L. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.
- TLOCZYNSKI, J., KNOLL, Ch., FITCH, A. 1997. *The relationship among spirituality, religious ideology, and personality*. Journal of Psychology and Theology, 25, 1997,
- VODÁČKOVÁ, D. 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
- ZACHAROVÁ, E. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Autor:

ThLic. Peter Laca, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracoviisko bl. Sárý Salkaházi Rožňava

Kósu Schoppera 22, 048 01 Rožňava

e-mail: peter.laca@post.sk

EDUKÁCIA RÓMSKÝCH DETÍ O PROBLEMATIKE FAJČENIA AKO SÚČASŤ KOMUNITNE ORIENTOVAanej STAROSTLIVOSTI

RAKOVÁ Jana, KOVALOVÁ Mária

ABSTRAKT

V príspevku sa zameriavame na význam edukačnej roly sestry v rámci komunitnej starostlivosti o deti. Naším cieľom bolo na základe uskutočnenej edukácie, ovplyvniť úroveň vedomostí rómskych detí v oblasti problematiky fajčenia. Uskutočnili sme kvantitatívny výskum, v ktorom výskumnú vzorku tvorilo 73 rómskych detí. Edukáciu sme realizovali v mesiacoch 10-12/2015 v dvoch základných školách a dvoch komunitných centrách podľa vopred pripraveného edukačného plánu. Na zber empirických údajov sme použili neštandardizovaný dotazník – vstupný pred edukáciou a výstupný po edukácii. Dáta boli štatisticky vyhodnotené s využitím metód deskriptívnej a induktívnej štatistiky. Potvrdilo sa nám, že uskutočnená edukácia priniesla pozitívny efekt poukazujúci na potrebu a význam pôsobenia sestry v komunitne orientovanej starostlivosti.

Kľúčové slová: Edukácia. Fajčenie. Komunita rómskych detí. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť. Rola sestry.

ÚVOD

Ošetrovateľstvo, vďaka svojej špecifickosti, plní jednu z najrozsiahlejších úloh v rámci zdravotnej starostlivosti. Osobitosť ošetrovateľstva spočíva v tom, že sa týka každého človeka od jeho narodenia až po smrť. Predstavuje starostlivosť o chorých, avšak aspektom ošetrovateľstva nie je len poskytovanie odbornej starostlivosti chorým (pacientom). Na jednej strane ponúka komplexnú starostlivosť počas choroby, ale zahŕňa aj poskytovanie zdravotníckych služieb v zdraví, a to o všetky vekové skupiny ľudí.

Komunitné zdravie na základe demografických, socioekonomických a environmentálnych údajov a modelu zodpovednosti za vlastné zdravie je primárnym zameraním **komunitného ošetrovateľstva**.

Cieľovú populáciu predstavuje celá populácia predovšetkým však odkázané a rizikové skupiny. Úloha sestry je širokospektrálna, nezávislá a prepojená so sektormi súvisiacimi so zdravím (Hanzlíková a kol., 2006). Komunitnú starostlivosť definujú Krátká, Šilháková (2009) ako starostlivosť poskytovanú v rámci komunity, ktorá je zameraná na:

- starostlivosť o chorého človeka v domácom prostredí,
- prevenciu, upevňovanie a podporu zdravia,
- edukáciu populácie v starostlivosti o svoje zdravie,
- zvyšovanie zodpovednosti každého občana za svoje zdravie,
- odhaľovanie potrieb jedinca a poskytnutie pomoci.

Celosvetovo sa v spomenutých činnostiach uplatňujú hlavne sestry. Všeobecne sú nazývané ako komunitné sestry, ale stretneme sa aj s názvom sestra pre verejné zdravotníctvo (*Public Health Nurse*), sestra pre návštevnú službu (*Health Visitors Nurse*), sestra pre domácu starostlivosť, sestra pre zdravotnú výchovu, rodinná sestra (*Family Nurse*). V podmienkach Slovenskej republiky, sestra po získaní odbornej spôsobilosti a absolvovaní špecializačného študijného programu „Ošetrovateľská starostlivosť v komunite“, môže používať profesijný titul „sestra špecialistka v komunitnom ošetrovatelstve“ (NV SR č. 513/2013 Z.z.).

Možnosť sestry podieľať sa v rámci primárnej prevencie na preventívnej starostlivosti o zdravie, vidíme hlavne prostredníctvom uplatnenia jej **edukačnej roly**, a to aj v rámci komunitnej starostlivosti o deti. Potvrdzujú to aj Sušinková, Bérešová, Baška (2008), keď prízvukujú, že významným subjektom realizácie zdravotnej výchovy by mala byť práve sestra. Edukácia vytvára edukačným procesom nepretržitý cyklus, v ktorom sa navzájom ovplyvňujú jej účastníci: sestra ako edukátor a edukant, ktorým môže byť pacient, rodina, skupina a komunita. Z pozície sestry je edukácia pracovnou činnosťou, ktorú môže vykonávať samostatne. Umožňuje jej autonómiu, dáva priestor na (seba)realizáciu a zároveň otvára aj nové pracovné príležitosti. Plnenie edukačnej roly sestry v súčasnosti prispieva k rozvoju sesterskej profesie. Primárna prevencia v komunitnej starostlivosti o deti zahŕňa okrem iného ochranu a podporu zdravia ako základného ľudského práva dieťaťa. Činnosti sestry realizované v komunitnej starostlivosti o deti znižujú riziká trvalého poškodenia zdravia detí, invaliditu a chorobnosť v detskom i vyššom veku (Boledovičová a kol., 2009).

Fajčenie predstavuje celospoločenský problém, ktorému môžeme dať dokonca prívlastok pandémie, keďže sa netýka len jedného národa, ale má celosvetový charakter. Každým rokom stúpajú štatistiky so zvyšujúcim sa počtom fajčiarov nielen dospelých, ale aj detí. Myslíme si tiež, že pandémia fajčenia je problémom, ktorý spoločnosť začína bagatelizovať, neuvedomujúc si, aké negatívne dopady to prináša najmä pre zdravotnícky systém. Podľa Šupínovej, Hegyiho, Klementa (2015) sa zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku vo viacerých štúdiách hodnotí ako veľmi nepriaznivý. V dokumente z roku 2009 „Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku“ sa uvádza, že na základe výskumu o stave rómskeho zdravia bolo potvrdené viac ako dvojnásobne vyššie zastúpenie denných fajčiarov a fajčiarok v skúmanej vzorke, než v celkovej populácii. V dokumente sa tiež uvádza, že 53,3% rómskej populácie denne konzumuje tabak, pričom u mužov je to 62,4% a u žien 44,6% (v skupine žien je prevencia fajčenia dokonca takmer štvornásobne vyššia, než v celkovej ženskej populácii). Výsledky tiež poukazujú na to, že muži sú silnejší fajčiari ako ženy. Priemerný vek začínajúcich fajčiarov medzi Rómami je 17,09 roka, pričom muži začínajú s fajčením skôr (priemerne vo veku 16,83 roka), než ženy (17,45 roka). Pre vznik fajčiarskeho návyku je kritický adolescentný vek. Až 90% fajčiarov začalo fajčiť vo veku mladšom ako 18 rokov. Ak jedinec dovedy nezačne fajčiť, je už len malá pravdepodobnosť že podľahne tomuto návyku v neskoršom veku. Na druhej strane platí pravidlo, že čím je vek začiatku fajčenia nižší, tým väčšia je pravdepodobnosť dlhoročného fajčenia. Pritom existuje aj súvislosť medzi vekom vzniku fajčiarskeho návyku a intenzitou fajčenia, t.j. počtom vyfajčených tabakových výrobkov za deň (Popper, Szheggy, Šarkozy, 2009).

Vychádzajúc z vyššie uvedených údajov a štatistík, z osobných skúseností a najmä na základe toho, že komunitnej starostlivosti o deti pripisujeme dôležitosť a význam sme si za **cieľ nášho výskumu** stanovili: a) intervenčným spôsobom ovplyvniť poznatky o škodlivých účinkoch fajčenia u vybraných rómskych detí a b) poukázať na význam edukačnej roly sestry v komunitnej starostlivosti o deti. Prezentujeme dielčie výsledky nášho výskumu.

METODIKA A VÝSKUMNÝ SÚBOR

V mesiacoch november až december 2015 sme realizovali intervenčný výskum, ktorý bol zameraný na problematiku fajčenia u rómskych detí. Samotnej realizácii edukácie predchádzala jej príprava s rešpektovaním zásad skupinovej edukácie. Téma edukácie detí sa týkala problematiky fajčenia. Na posúdenie deficitu vedomostí sme použili vstupný dotazník, prostredníctvom ktorého sme týždeň pred samotnou realizáciou edukácie získali dôležité údaje o vedomostnej úrovni detí. Po stanovení edukačnej diagnózy podľa klasifikačného systému platného pre súčasnú ošetrovateľskú prax v SR (Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z.z.) sme vypracovali edukačný plán, na základe ktorého sme realizovali edukáciu v jednotlivých komunitných centrách a základných školách v meste Košice. Po uskutočnenej edukácii (intervencii) sme na vyhodnotenie jej vplyvu a predpokladaného pozitívneho efektu použili výstupný dotazník. Oba použité dotazníky boli neštandardizované a anonymné. Z dôvodu zreteľnejšieho pochopenia jednotlivých otázok, ich deti vyplňali podľa našich pokynov.

Pri analýze údajov sme využili štatistický program SPSS IBM ver. 18 a metódy deskriptívnej (absolútna a relatívna početnosť, priemer) a induktívnej štatistiky (Wilcoxonov párový test).

Výber respondentov v našom výskume bol zámerný. Kritériom výberu bola príslušnosť detí do rómskej komunity podľa jej charakteristiky z Atlasu rómskych komunit (Mušinka, Polák, 2013). Vekové rozmedzie nami oslovených rómskych detí bolo 8-11 rokov. Výskumný súbor tvorilo 73 detí (100%). Z nich bolo 40 (55%) dievčat, 33 (45%) chlapcov. Priemerný vek detí v celej vzorke bol 9,98 rokov. Z celého výskumného súboru najviac detí 50 (68%) pochádza zo základných škôl, kde edukácia bola realizovaná v priebehu vyučovacieho procesu (tab. 1).

Tab. 1 Charakteristika výskumného súboru

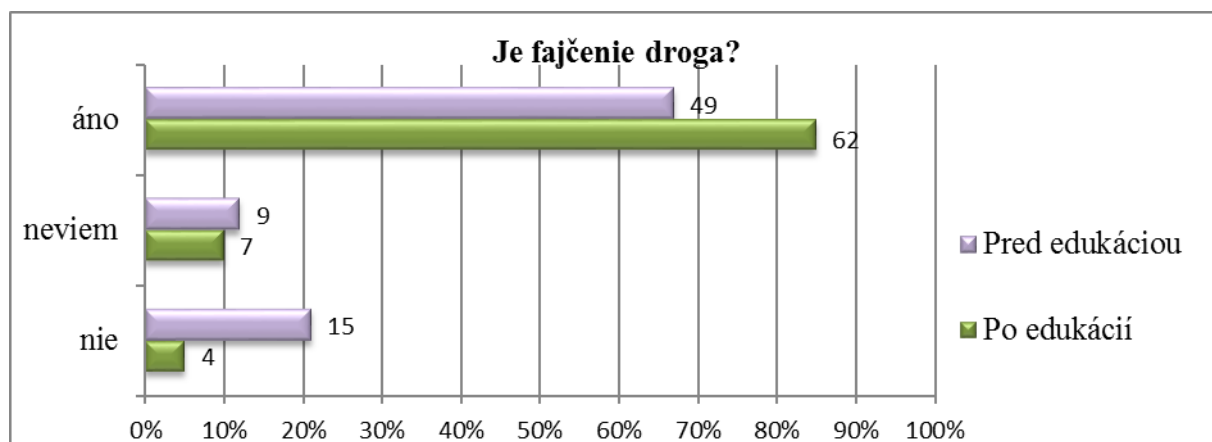
Pohlavie		N	%
	Dievčatá	40	55
Chlapci	33	45	
Spolu	73	100	
Vek	8 rokov	4	6
	9 rokov	16	22
	10 rokov	30	41
	11 rokov	23	31
	Spolu	73	100
Miesto edukácie	Základná škola	50	69
	Komunitné centrum	23	31
	Spolu	73	100

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Úsilie venované prevencii v rómskej etnickej skupine väčšina obyvateľov majoritnej spoločnosti považuje za zbytočné, čo je podľa nášho názoru hlavne z dôvodu predsudkov, nepoznania kultúrnych odlišností, ale aj z dlhotrvajúceho procesu asimilácie, integrácie celého rómskeho etnika. Urban, Kajanová (2011) uvádzajú, že prvú cigaretu dostávajú rómske deti väčšinou práve od rodinných príslušníkov, čo je rozdiel oproti majorite, kde prvú cigaretu ponúka väčšinou vrstovník. Vzhľadom k životu rómskych detí v segregovaných skupinách a osadách medzi členmi svojej etnickej skupiny sme školské zariadenie prípadne komunitné centrum pokladali za miesto, kde bude možné realizovať edukáciu na jednej strane zámerne, aj keď nenásilne a bez vplyvu rodičov a iných príbuzných a vrstovníkov. Naším zámerom bolo zmapovať problematiku škodlivosti fajčenia v nami zvolenej komunite rómskych detí a na základe edukačného pôsobenia ovplyvniť jednak znalosti detí o skúmanej problematike ako aj ich názor na fajčenie.

Empirické šetrenie sa v úvodných otázkach zameriavalo na identifikovanie názoru rómskych detí na fajčenie, či ide o pozitívnu alebo negatívnu činnosť a rovnako sme sa pýtali, čo je dôvodom prečo ľudia fajčia. V grafe 1 prezentujeme odpovede detí zapojených do nášho výskumu na otázku, či je fajčenie drogou. Ako môžeme vidieť 49 detí (67%) pred edukáciou uviedlo pozitívnu odpoveď, keď fajčenie radili do kategórie drog. V rámci edukácie sme sa dozvedeli, že za drogy deti považovali najmä látky podávané spôsobom fetovania

a intravenózne aplikácie. Po edukácii správne uviedlo fajčenie ako drogu až 62 (85%) detí, teda o 26 detí viac (33%).

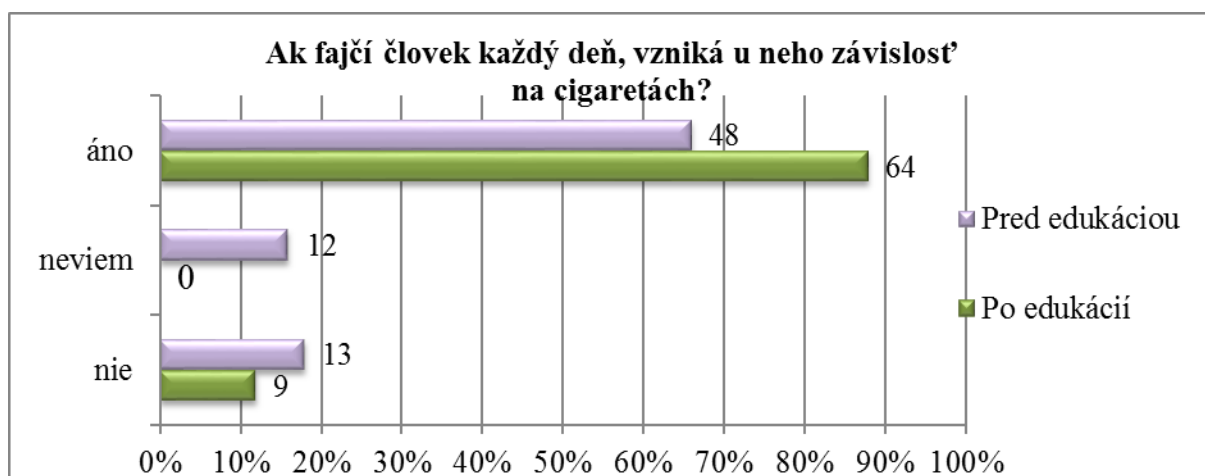


Graf 1 Znalosti rómskych detí o fajčení ako droge pred a po edukácii

Problematika užívania drog tvorí jednu z vysoko závažných oblastí súčasnej spoločnosti. Zatiaľ sme stále nedokázali vytvoriť systém pre vysoko úspešnú prevenciu drogových závislostí. Nasledujúcou otázkou sme chceli zistiť ako rómske deti vnímajú každodenné fajčenie, či je to podľa nich závislosť, ktorá má samozrejme ďalekosiahle dopady na ľudské telo. Závislosť alebo návyk, je naučená (umelo vytvorená) potreba, ktorá určuje správanie závislej osoby. Drogová závislosť je založená na silnej túžbe (žiadostivosti) po droge, ktorá vzniká pri opakovanom užívaní drogy. Pod pojmom droga sa v zmysle terminológie Medzinárodnej klasifikácie chorôb rozumejú aj všetky psychoaktívne látky vyvolávajúce závislosť. Na základe najnovších zistení sa k najvýznamnejším drogám rátajú nielen klasické drogy, opiáty (F11), kokaín (F14) a iné, ale aj alkohol (F10) a nikotín (F17). Pri fajčení je správne hovoriť o závislosti na nikotíne, nie o závislosti na fajčení, lebo fajčenie cigariet bez nikotínu nevyvoláva závislosť. Na nikotín sa vytvára v organizme hlavne psychická závislosť, čo súvisí s vlastnosťou nikotínu navodiť u fajčiara príjemný pocit (eufóriu, relax, zbavenie nervozity), ktorý jedinec túži opakovať (Bernadič a kol., 2008). Deťom sme však nemohli formulovať otázku ako závislosť na nikotíne, keďže sme predpokladali, že nebudú rozumieť pojmu nikotín.

Z grafu 2 je zrejmé, že 48 detí (66%) uviedlo správnu odpoveď. Tento údaj je takmer rovnaký ako v predchádzajúcej otázke, z čoho môžeme usudzovať, že skoro všetky deti, ktoré považovali fajčenie za drogu následne chápali dopad pravidelného užívania tejto drogy, a to

vznik závislosti. Po edukácii vedelo správne odpovedať až 64 detí (88%), znova takmer rovnaký počet detí ako pri otázke, či je fajčenie drogou.



Graf 2 Znalosti rómskych detí o vzniku závislosti v dôsledku fajčenia pred a po edukácii

Fajčenie ako rizikový faktor spolu s ostatnými vyvoláva vysokú mortalitu a morbiditu nielen v podobe srdcovo-cievnych ochorení a rakoviny, ale má vplyv na niekoľko desiatok ďalších ochorení, ktoré poškodzujú takmer všetky orgány ľudského tela (Dimunová, Mechírová, 2014). Z dostupných údajov o zdravotnom stave rómskych obyvateľov sa dá predpokladať, že najväčšou mierou sa na mortalite rómskeho obyvateľstva podieľajú ochorenia obehovej sústavy (Šprocha, 2014, Šupínová, Hegyi, Klement, 2015). Zo zistení v tab. 2, 3 vidíme, že deti mali na výber viaceré alternatívy odpovedí, pričom počas edukácie sme svoju pozornosť upriamili na zdravie škodlivé a negatívne účinky fajčenia. Po edukácii sa nám potvrdil nárast správnych odpovedí v každej položke. Pri skúmaní vplyvu fajčenia na orgány nášho tela boli zaznamenané najpočetnejšie odpovede pri položke žily, tepny. V súvislosti s chorobami sme deťom chceli poukázať okrem negatívneho vplyvu fajčenia na orgány dýchacích ciest aj na srdcovo-cievne a onkologické ochorenia. Pred edukáciou najviac detí označilo zo všetkých ochorení možnosť infarkt. Dôvodom môže byť hlavne častý výskyt srdcovo-cievnych ochorení u rodinných príslušníkov týchto detí.

Tab. 2 Znalosti rómskych detí o škodlivosti fajčenia na orgány ľudského tela

	Pred edukáciou	Po edukácii	
	n	n	Rozdiel odpovedí
pľúca	65	72	7
koža	5	25	20
žalúdok	10	38	28
žily, tepny	27	56	29
Spolu	107	191	84

Tab. 3 Znalosti rómskych detí o ochoreniach spôsobených fajčením

	Pred edukáciou	Po edukácii	
	n	n	Rozdiel odpovedí
rakovina	20	51	29
astma	11	40	39
besnota	29	5	24
zápal pľúc	32	60	28
infarkt	38	62	24
osýpky	17	2	15
Spolu	147	220	73

Pri pasívnom (nepriamom, sekundárnom) fajčení ide o vystavenie sa vplyvu tabakového dymu v prostredí. Podľa definície WHO sa za pasívne fajčenie považuje vystavenie človeka účinkom fajčenia najmenej 15 minút denne po dobu jedného týždňa. Dym, nachádzajúci sa v priestore z väčšej časti pochádza z dymu voľne unikajúceho z horiaceho konca cigarety, ale aj z dymu vydychovaného fajčiarom. V podstate ide o nedobrovoľné vdychovanie tabakového dymu nefajčiarom. Čím má dieťa menej rokov, tým je citlivejšie voči fajčeniu a škodlivým látkam cigaretového dymu. Pasívne fajčenie môže mať u detí závažné následky ako syndróm náhleho úmrtia dojčiat, zápal stredného ucha, časté ochorenia dýchacích ciest, bronchiálnu astmu, sennú nádchu a ďalšie ochorenia (Women and smoking..., 2013, Máchová, Kubátová a kol., 2009). Z výsledkov projektu s názvom „Kvalita života, strední a zdravá dĺžka života z aspektu determinant zdravia u romského obyvateľstva v Českej a Slovenskej republike“ vyplynulo, že z 313 respondentov bol 63% výskyt fajčiarov, ktorí fajčia pred deťmi. Vplyvom pasívneho fajčenia sa u detí výrazne znižuje hladina vitamínu C v krvi. K tomuto účinku dochádza už pri minimálnom pôsobení. Odhadom sa udáva, že dieťa fajčiacich rodičov dostane dávku nikotínu ekvivalentnú aktívnemu fajčeniu asi 60-150 cigariet ročne (Hajduchová, Urban,

2014, Bernadič a kol., 2008). Súhrnne môžeme povedať, že deti si pred edukáciou neuvedomovali škodlivosť pasívneho fajčenia, vplyvom edukácie sa nám preukázal nárast správnych odpovedí (tab. 4).

Tab. 4 Znalosť rómskych detí o škodlivosti cigaretového dymu pasívnym fajčením

	Pred edukáciou		Po edukácii	
	n	%	n	%
áno	29	29	66	90
neviem	9	9	6	8
nie	35	35	1	2
Spolu	73	73	73	100

Testovaním pomocou Wilcoxonovho testu medzi závislými premennými sa nám potvrdili štatisticky významné rozdiely vo vedomostiach rómskych detí o fajčení po uskutočnenej edukácii v porovnaní s vedomosťami pred edukáciou v 6-tich relevantných položkách (tab. 5).

Tab. 5 Rozdiel v odpovediach rómskych detí o problematike fajčenia pred a po edukácii

Skúmané položky	Wilcoxonov párový test (p)
Je fajčenie droga?	0,028
Obsahujú cigarety nejaké škodlivé látky?	0,001
Ak fajčí človek každý deň, vzniká tak u neho závislosť na cigaretách?	0,001
Je ťažké pre dlhoročného fajčiara prestať fajčiť?	0,001
Škodí cigaretový dym ľuďom, ktorí priamo cez ústa fajčia cigarety?	0,001
Škodí cigaretový dym ženám v tehotenstve?	0,146
Škodí cigaretový dym ich očakávanému dieťaťu?	0,102
Skracuje fajčenie život človeka?	0,001

Edukácia predstavuje dôležitú súčasť všetkých ošetrovateľských činností (Hulková, 2016). Na výsledky nášho edukačného pôsobenia poukazujeme v tab. 6. Názor väčšiny rómskych detí (84%) na fajčenie sa po edukácii v našom súbore zmenil, čo bolo naším zámerom. Tento fakt však nezaručuje, že vplyv iných ľudí a ďalších faktorov nebude v neskoršom období silnejší a neposunie ich názor, ale i rozhodnutie v prospech fajčenia.

Potvrdzujú to aj Bérešová, Rimárová (2008), keď konkretizujú, že ak sledujeme fajčiara od chvíle, kedy začal fajčiť, prvotným dôvodom sa javí, že spúšťačom fajčenia je vplyv druhých ľudí okolo.

Tab. 6 Zmena názoru rómskych detí na fajčenie po uskutočnenej edukácii

Odpovede	n	%
Áno, zmenil/a som názor	61	84
Nie nezmenil/a som názor	11	15
Neviem sa vyjadriť	1	1
Spolu	73	100

ZÁVER

Dosiahnuť dobrý zdravotný stav obyvateľov Slovenska je spoločná zodpovednosť, ktorá si vyžaduje spoluprácu, synergiu a partnerstvo na všetkých úrovniach a medzi všetkými zložkami spoločnosti. Avšak v súčasnosti sa rozdiely medzi jednotlivými regiónmi Slovenskej republiky výrazne prehlbujú. Obyvatelia v sociálno-ekonomicky slabších oblastiach sú často frustrovaní. Vznikajú a narastajú rozdiely medzi jednotlivými skupinami obyvateľov. Zväčšujú sa aj rozdiely medzi bežnou populáciou a znevýhodnenými skupinami obyvateľov (Kurnienková, 2007).

Rozvíjajúce sa ošetrovateľské povolanie vyžaduje vzdelané a kompetentné sestry, ktoré budú schopné profesionálnej starostlivosti (Zamboriová, Štefková, 2016) prihliadajúc práve na multikultúrne diferencie. Nutnosť implementácie nových kompetencií sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť o zdravie podľa Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ prezentuje Kilíková (2016), pričom k reformovaným kompetenciám sa radí práca v tíme a manažment celkovej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane zdravotnej výchovy pre osoby v ústavnej zdravotnej starostlivosti a komunity. Dimunová (2016) deklaruje, že prioritou ošetrovateľskej starostlivosti je poskytovať kvalitné služby všetkým pacientom a najmä rizikovým skupinám, ktorých cieľom je zlepšiť, upevniť, udržať a rozvíjať tak telesné ako aj duševné zdravie zdravých a na zdraví ohrozených detí a chrániť ich pred chorobami.

Detstvo je životným obdobím, kedy sa vytvára osobnosť dieťaťa. Nie všetky deti, majú už z rôznych príčin šťastie vyrastať v prostredí s takmer ideálnymi podmienkami pre vývin.

V našom prostredí, sú najviac ohrozenou skupinou na zdraví oproti majoritnej spoločnosti, práve deti rómskeho etnika. Na základe potvrdeného pozitívneho efektu nami zrealizovanej edukácie rómskych detí o problematike fajčenia uvádzame v závere odporúčania pre prax:

- Edukovať rómske deti v rámci primárnej prevencie o rizikových faktoroch ohrozujúcich zdravie ako je napr. fajčenie už v školskom veku.
- Odstraňovať vlastné predsudky a predsudky okolia pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti voči rómskym deťom a rómskemu etniku.
- Byť príkladom pre deti a celú spoločnosť v dodržiavaní pozitívnych návykov zdravého spôsobu života (napr. nefajčiť).
- Poukazovať na problémy a nedostatky komunitnej starostlivosti o deti v absencii školskej sestry i komunitnej detskej sestry a hľadať možnosti ich riešenia aj podľa príkladu iných štátov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BERNADIČ, M. a kol. 2008. Fajčenie ako závislosť, rizikový faktor a diagnóza. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*, 2008, ISSN 1338-7030, roč. 15, č. 2, s. 117-126.

BÉREŠOVÁ, A., RIMÁROVÁ, K. 2011. Prierezová štúdia „tabak alkohol a drogy“ v rómskych komunitách u detí školského veku. In Ralbovská, R. (ed.) *Aspekty práce pomáhajúcich profesií*, Praha : Manus, 2011. s. 15-23. ISBN 978-80-86571-12-6.

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2009. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra : UKF, 2009. 400 s. ISBN 978-80-8094-576-3.

DIMUNOVÁ, L. 2016. Posudzovanie potrieb dieťaťa s Downovým syndrómom. In *Sestra*, 2016, roč. XV., č. 5-6.

DIMUNOVÁ, L., MECHÍROVÁ, V. 2014. Fajčenie ako rizikový faktor civilizačných ochorení u sestier a pôrodných asistentiek. In *Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť*, Bratislava : Samosato, s.r.o., 2014. s. 27-34. ISBN 978-80-89464-27-2.

- HAJDUCHOVÁ, H., URBAN, D. 2014. Determinanty zdraví u romské populace. In *Kontakt*, 2014, ISSN 1212-4117, roč. 14, č.1, s. 44-49.
- HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Praha : Grada Publishing, 2016, s. 29. ISBN 978-80-271-0063-7.
- KILÍKOVÁ, M. Vzájomné uznávanie odbornej kvalifikácie v povolání sestry v znení smernice Rady Európy. In *Sbírka odborných prací ošetrovateľství a sociální práce k 10. výročí příbramského pracoviště Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety*, Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2016, s. 93-96, ISBN 978-80-88206-00-2.
- KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. 2008. *Ošetrovateľství v komunitní péči*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, 2008. 161 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
- KURNIENKOVÁ, N. 2007. *Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách*. [online]. [cit. 2017-03-03]. Madrid : FSG, 2007. 67 s. Dostupné na: <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf>.
- MÁCHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MUŠINKA, A., POLLÁK, M. 2013. *Výskum Rómov na Slovensku, Niekoľko poznámok k limitám a obmedzeniam absence komplexných dát*. In *Etnické komunity - Romové*, Praha : Fakulta humanitných štúdií UK v Praze, 2013, s. 85-103. ISBN 978-80-87398-45-6.
- NARIADENIE VLÁDY SR č. 513/2011 Z.z. *o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania*.
- POPPER, M., SZEGHY, P., ŠARKOZY, Š. 2009. *Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku*. [online]. [cit. 2017-03-03]. Bratislava : Partners for Democratic Change Slovakia, 2009. 95 s. Dostupné na: <<http://www.gitanos.org/upload/13/60/Eslovaquia-corrected.pdf>>.
- SUŠINKOVÁ, J., BÉREŠOVÁ, A., BAŠKA, T. 2008. *Prevenia a ochrana zdravia ako nevyhnutná súčasť socializácie dieťaťa v rodine*. In *Ošetrovateľský obzor*, 2008. ISSN 1336-5606. roč.5, č.4, s. 127-130.
- ŠPROCHA, B. 2014. *Reprodukcia rómskeho obyvateľstva na Slovensku a prognóza jeho populačného vývoja*. Bratislava : Prognostický ústav SAV, 2014. 177 s. ISBN 978-80-89037-38-4.

ŠUPÍNOVÁ, M., HEGYI, L., KLEMENT, C. 2015. Zdravotný stav Rómov na Slovensku.

[online]. [cit. 2017-03-03]. *Hygiena* 2015, 60(3): 116-119. Dostupné na:

<<http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2015-3-07-full.pdf>>.

URBAN, D., KAJANOVÁ, A. 2011. Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v České a Slovenské republice. In *Kontakt*, 2011, ISSN 1212-4117, roč. 13, č.3, s. 328-335.

WOMEN AND SMOKING IN THE EU. 2013. [online]. [cit. 2017-03-03]. European Institute of Women's Health, 2013. Dostupné na: <<https://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2013/05/SmokingPBFIN.pdf>>

ZAMBORIOVÁ, M., ŠTEFKOVÁ, G. 2016. Rozvíjanie kľúčových kompetencií v predgraduálnom vzdelávaní sestier In *Pokroky v hodnocení kľúčových kompetencií*, Ostrava : Ostravská univerzita, 2016. s. 105-122. ISBN 978-80-7464-866-3.

Kontakt na autorov:

PhDr. Jana Raková, PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP 1, 040 01 Košice

e-mail: janka.rakova@gmail.com

Mgr. Mária Koval'ová

VUSCH a.s.

Ondavská 8, 040 01 Košice

VÝHRADA SVEDOMIA OČAMI ŠTUDENTOV

SIMOČKOVÁ Viera

ABSTRAKT

V príspevku chceme upriamiť pozornosť na možnosť uplatnenia výhrady svedomia v zdravotníctve. V praktickej časti prezentujeme postoj a informovanosť študentov ošetrovateľstva k uvedenej téme.

Kľúčové slová: Legislatíva. Postoj študentov ošetrovateľstva. Výhrada svedomia.

ÚVOD

Svedomie človeka patrí medzi psychickú vlastnosť osobnosti, prejavujúcu sa ako vnútorný hlas, ktorý je základom morálneho usudzovania človeka o sebe samom a o iných ľuďoch. Pojem svedomie sa používa aj v súčasnej sekulárne rozdelenej spoločnosti ako schopnosť človeka rozlišovať a vnútorne hodnotiť morálnu hodnotu svojich skutkov. Život v súlade s vlastným svedomím sa odjakživa pokladal za jednu z podmienok šťastného života. Od verejných činiteľov, politikov, poslancov právom očakávame, že budú konať rozhodovať, hlasovať podľa „najlepšieho vedomia a svedomia“.

TEORETICKÁ ANALÝZA

Jedna z najstarších zmienok o odpore proti nejakému nariadeniu z dôvodu vlastného presvedčenia je biblická zmienka v starozákonnej Knihe Exodus o hebrejských pôrodných babiciach Sefore a Fui (v niektorých prekladoch sú uvádzané ako Šifra a Púa), žijúcich v staroveku (15. – 13. storočie pred Kristom). Tieto babice odmietli rešpektovať rozkaz egyptského faraóna zabíjať hebrejských novonarodených chlapcov. V knihe Exodus – východ 1,15 sa uvádza nasledujúci text (Exodus, 1995). *Faraón vydáva rozkaz zabíjať hebrejské nemluvňatá: A egyptský kráľ rozkázal hebrejským babiciam, z ktorých jedna sa volala Sefora a druhá Fua: „Keď pomáhate Hebrejke pri pôrode, dávajte pozor na pohlavie! Ak je to chlapec,*

zabite ho, ak dievča, nech ostane nažive!“ Ale babice sa báli Boha a nerobili, ako im rozkázal egyptský kráľ. Nechávali chlapcov nažive.

Za najznámejší a zároveň najstarší etický kódex určujúci správanie zdravotníckych profesionálov sa považuje Hippokratova prísaha. Hippokrates žil v staroveku v rokoch 460 – 370 pred Kristom. Bol považovaný za jedného z najvýznamnejších lekárov všetkých čias, ktorý položil základy niekoľkých odborov medicíny. Hippokratova prísaha pochádza z 5. – 4. storočia pred Kristom. Hoci má tento starogrécky sľub viac ako dvetisíc rokov, má svoju trvalú platnosť aj v súčasnosti, i keď sa pohľad na etiku v zdravotníctve mení. Autorstvo tejto prísahy sa pripisuje gréckemu lekárovi Hippokratovi, aj keď existujú indície, že ide o posthipokratovský dokument (Schott et al., 1994). Uvádžame krátky úryvok z prísahy, ktorý sa dotýka svedomia. „... *Spôsob svojho života zasväťím podľa vlastných síl a svedomia úžitku chorých a budem ich ochraňovať pred každou krivdou a bezprávím. Ani prosbami sa nedám prinútiť na podanie smrtiaceho lieku, ani sám nikdy na to nedám podnet. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnutie plodu ...*”

Zo súčasných dejín je známy prípad Franza Jägerstättera (1905 – 1943). Počas 2. svetovej vojny odmietol vstúpiť do armády z dôvodu výhrady svedomia v súvislosti s náboženským presvedčením, za čo bol 9. augusta 1943 vo veku 36 rokov popravený. Pápež Benedikt XVI. ho v roku 2007 za túto mučenícku smrť vyhlásil za blahoslaveného. Takýto postoj nebol ojedinelý. Po skončení 2. svetovej vojny došlo k zmene legislatívy vo vzťahu k vojenskej službe. Väčšina štátov začala upravovať legislatívu tak, aby umožnila aj civilnú náhradnú službu a rozlíšila tak skutočných odporcov vojenskej služby z dôvodu svedomia od špekulantov, ktorí sa chceli službe v armáde jednoducho vyhnúť (Viglaš, 2016).

Jeden z najvýznamnejších predstaviteľov medzinárodného protipotratového hnutia v druhej polovici 20. storočia bol profesor Jérôme Jean Louis Marie Lejeune (1926 – 1994). Cieľom tohto francúzskeho genetika, pediatra a objaviteľa príčiny Downovho syndrómu bolo liečiť deti s Downovým syndrómom. Stal sa však svedkom toho, že výsledky jeho práce boli zneužitú. Jeho objav viedol k medicínskemu holokaustu, nakoľko sa začal používať v prenatalnej diagnostike s cieľom odstrániť plod s trizómiou 21. chromozómu a ukončiť tehotenstvo. Napriek tomu sa nevzdával a zastal sa života od počatia. Známy je jeho výrok, že život má veľmi dlhú históriu, ale každý z nás má veľmi presný počiatok, a tým je moment počatia (Viglaš, 2016).

Významným obhajovateľom uplatnenia si výhrady vo svedomí na Slovensku bol MUDr. Anton Neuwirth (1921 – 2004). Za nemarxistickú výučbu a činnosť v spoločenstve Rodina bol v roku 1953 zatknutý a odsúdený na dvanásť rokov väzenia za „velezradu a špionáž“. V rokoch 1994 – 1998 bol prvým veľvyslancom Slovenskej republiky pri Svätej Stolicí v Ríme. Pričinil sa o prijatie Základnej zmluvy medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou, ktorej súčasťou je aj schválenie ďalších štyroch rámcových zmlúv medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou (Palko, 2012). Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou. č. 326/2001 Z. z. sa vzťahuje na nižšie uvedené oblasti:

- Pastoračná činnosť v armáde a polícií (čl. 14 ods. 4),
 - Prijatá zmluva: o duchovnej službe katolíckym veriacim v ozbrojených silách a ozbrojených zboroch Slovenskej republiky (648/2002 Z. z.),
- Školstvo a vyučovanie náboženstva (čl. 13 ods. 9),
 - Prijatá zmluva: o katolíckej výchove a vzdelávaní (394/2004 Z. z.),
- Finančné zabezpečenie Katolíckej cirkvi (čl. 20 ods. 1),
 - Zmluva doteraz nebola schválená.
- Uplatnenie výhrad vo svedomí (čl. 7),
 - Zmluva doteraz nebola schválená.

Nižšie venujeme pozornosť poslednej zmluve – Uplatnenie výhrad vo svedomí. Návrh zmluvy o práve uplatňovať výhrady vo svedomí sa upriamuje na tieto odvetvia:

- zdravotníctvo,
- oblasť činnosti v ozbrojených silách,
- oblasť súdnictva,
- oblasť výchovy a vzdelávania,
- oblasť životného prostredia alebo bezpečnosti práce.

Súčasná legislatíva Slovenskej republiky upravujúca vzťah výhrady svedomia niekoľkými právnymi normami. Sú to:

- Ústava Slovenskej republiky čl. 24 (460/1992 Z. z.),
- Zmluva medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami (250/2002 Z. z.),

- Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou (326/2001 Z. z.),
- Zákon o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (576/2004 Z. z.),
- Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (578/2004 Z. z.).

V Ústave Slovenskej republiky čl. 24 (460/1992 Z. z.) sa uvádza: Sloboda myslenia, svedomia, náboženského vyznania a viery sa zaručujú. Toto právo zahŕňa aj možnosť zmeniť náboženské vyznanie alebo vieru. Každý má právo byť bez náboženského vyznania. Každý má právo verejne prejavovať svoje zmýšľanie.

V zákone o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (576/2004 Z. z. § 12) sa uvádza: v bode 2) poskytovateľ nemusí uzatvoriť dohodu s pacientom. Jedná sa o tieto prípady:

- a) ak by uzatvorením takejto dohody prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie,
- b) osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonnému zástupcovi nezaručuje objektívne hodnotenie jej zdravotného stavu alebo
- c) poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať. Výnimka uvedená v písmene c) sa týka len umelého prerušenia tehotenstva, sterilizácie a asistovanej reprodukcie.

V zákone o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (578/2004 Z. z.) sa uvádza: Právo zdravotníckeho pracovníka uplatniť výhradu vo svedomí je explicitne upravené v Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka (čo je príloha č. 4 uvedeného zákona). Hovorí sa tam: „Od zdravotníckeho pracovníka nemožno vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu okrem prípadov bezprostredného ohrozenia života alebo zdravia osôb.“ Ak si zdravotnícky pracovník uplatní výhradu svedomia, je povinný o tejto skutočnosti informovať svojho zamestnávateľa a pri uplatnení výhrady svedomia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj svojich pacientov.

Parlamentné zhromaždenie Rady Európy prijalo 7. októbra 2010 rezolúciu č. 1763 o výhrade vo svedomí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá hovorí: Žiadna osoba, nemocnica, alebo inštitúcia nemôže byť nútená, braná na zodpovednosť, alebo diskriminovaná

v žiadnom ohľade preto, že odmietla vykonať alebo spolupodieľať sa na vykonaní potratu, či eutanázii, alebo na akomkoľvek úkone ktorý by mohol spôsobiť smrť ľudskému plodu alebo embryu, alebo akejkoľvek osobe. Súčasne rezolúcia sformulovala princípy uplatnenia výhrady vo svedomí, podľa ktorých musí ten, ktorý takúto výhradu vzniesol, vopred o tejto výhrade pacienta informovať a zabezpečiť pre neho starostlivosť náhradného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

CIEĽ PRIESKUMU

Cieľom nášho šetrenia bolo zistiť postoj a informovanosť študentov ošetrovateľstva k výhrade svedomia.

METODIKA

Pri zisťovaní postojov a informovanosti študentov ošetrovateľstva k výhrade svedomia sme použili neštandardizovaný dotazník. Respondenti odpovedali pomocou štvorstupňovej škály 1 – súhlasím, 2 – skôr súhlasím, 3 – skôr nesúhlasím, 4 – nesúhlasím. Výsledky sme štatisticky spracovali využitím deskriptívnej štatistiky.

CHARAKTERISTIKA VÝBEROVÉHO SÚBORU

Náš súbor predstavovalo 90 respondentov – študentov ošetrovateľstva. Zber údajov sme realizovali v mesiacoch október – december 2016. Z celkového počtu opýtaných bolo 87 žien, čo predstavuje 97% a traja muži, čo predstavuje 3% opýtaných. Výskumu sa zúčastnili študenti vo veku od 19 do 40 rokov, priemerný vek bol 23 rokov ($SD \pm 5,2$).

VÝSLEDKY

Pri štatistickom spracovaní výsledkov sme použili základné deskriptívne štatistické metódy, priemerné hodnoty a smerodajnú odchýlku, medián, minimálne a maximálne hodnoty. Takisto sme určovali percentuálne zastúpenie výsledkov. Nižšie uvádzame zistené výsledky. V tabuľkách 1 – 5 uvádzame výsledky informovanosti študentov k výhrade svedomia. Tučným

písmom v tabuľkách sú zvýraznené počty správnych odpovedí vo vzťahu k legislatíve. V tabuľkách 6 – 9 a v grafoch 1 – 2 uvádzame postoj študentov k výhrade svedomia. V grafoch uvádzané skratky znamenajú: ZP – zdravotnícki pracovníci, VS – výhrada svedomia, UPT – umelé prerušenie tehotenstva.

Tvrdenie 1: Naša ústava zaručuje slobodu myslenia, svedomia, náboženského vyznania a viery.

Tab. 1 Tvrdenie 1

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	48	54%
Skôr súhlasím	28	31%
Skôr nesúhlasím	12	13%
Nesúhlasím	2	2%
Spolu	90	100%

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 1 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $1,6 \pm 0,8$; medián =1; modus =1.

Tvrdenie 2: Naša legislatíva umožňuje zdravotníckym pracovníkom uplatniť si výhradu svedomia.

Tab. 2 Tvrdenie 2

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	29	32%
Skôr súhlasím	32	36%
Skôr nesúhlasím	21	2 %
Nesúhlasím	8	9%
Spolu	90	100%

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 2 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $2,1 \pm 1,0$; medián =2; modus =2.

Tvrdenie 3: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí uzatvoriť dohodu s pacientom, aj keď poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka.

Tab. 3 Tvrdenie 3

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	26	29%
Skôr súhlasím	35	39%
Skôr nesúhlasím	20	22%
Nesúhlasím	9	10%
Spolu	90	100%

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 3 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $2,1 \pm 1,0$; medián =2; modus =2.

Tvrdenie 4: Od zdravotníckeho pracovníka nemožno vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu okrem prípadov bezprostredného ohrozenia života alebo zdravia osôb.

Tab. 4 Tvrdenie 4

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	39	43%
Skôr súhlasím	30	33%
Skôr nesúhlasím	14	16%
Nesúhlasím	7	8%
Spolu	90	100%

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 4 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $1,9 \pm 1,0$; medián =2; modus =1.

Tvrdenie 5: Uplatniť výhradu svedomia si zdravotnícky pracovník môže pri požadovaní umelého ukončenia tehotenstva.

Tab. 5 Tvrdenie 5

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	37	41%
Skôr súhlasím	17	19%
Skôr nesúhlasím	17	19%
Nesúhlasím	19	21%
Spolu	90	100%

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 5 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $2,2 \pm 1,2$; medián =2; modus =1.

Tvrdenie 6: Každý má právo verejne prejavovať svoje zmýšľanie.

Tab. 6 Tvrdenie 6

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	73	81%
Skôr súhlasím	11	12%
Skôr nesúhlasím	4	5%
Nesúhlasím	2	2%
Spolu	90	100%

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 6 je 1 – súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $1,3 \pm 0,7$; medián =1; modus =1.

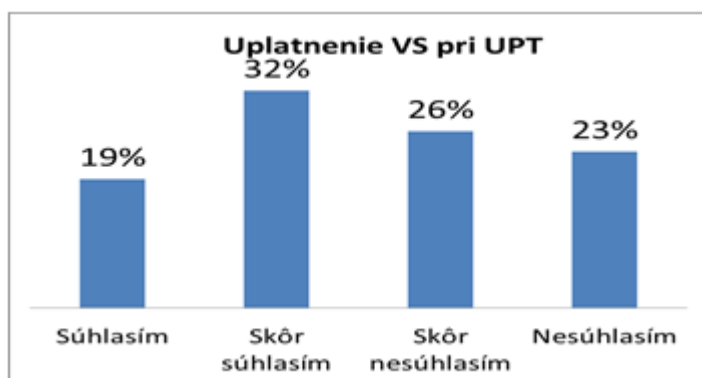
Tvrdenie 7: Zdravotnícky pracovník má mať možnosť slobodne sa rozhodovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá odporuje jeho svedomiu.

Tab. 7 Tvrdenie 7

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	39	43 %
Skôr súhlasím	31	35 %
Skôr nesúhlasím	13	14 %
Nesúhlasím	7	8 %
Spolu	90	100 %

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 7 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $1,9 \pm 0,9$; medián =2; modus =1.

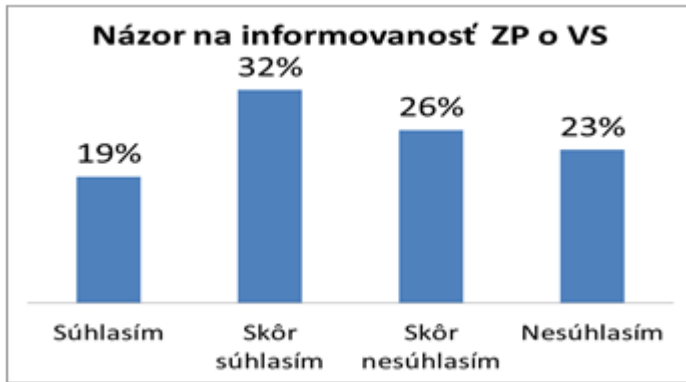
Tvrdenie 8: Uplatniť výhradu svedomia si zdravotnícky pracovník môže pri požadovaní umelého prerušenia tehotenstva.



Graf 1 Tvrdenie 8

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 8 je 2 – skôr súhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $2,1 \pm 1,1$; medián =2; modus =1.

Tvrdenie 9: Zdravotnícki pracovníci sú dostatočne informovaní o možnosti uplatnenia si výhrady svedomia.



Graf 2 Tvrdenie 9

Intenzita postojov respondentov s tvrdením 9 je 3 – skôr nesúhlasím. Štatistické ukazovatele: priemer $2,5 \pm 1,0$; medián = 2; modus = 1.

ZÁVER

Profesia zdravotníckeho pracovníka je spojená s dodržiavaním etických a právnych noriem. Základné etické normy sú obsiahnuté v Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka. Už v staroveku v 5. – 4. storočí pred Kristom spísal Hippokrates prísahu, ktorá má svoju trvalú platnosť aj v súčasnosti, hoci sa pohľad na etiku v zdravotníctve mení. Realita v niektorých európskych krajinách je taká, že zákony, ktoré mali chrániť menšiny, slúžia na potlačenie slobody prejavu, svedomia a náboženskej slobody. Nie je a nebude možné uplatniť si výhradu svedomia na hocičo. Je nesporné, že v prípade uplatnenia výhrady vo svedomí na seba narážajú dve základné ľudské práva – dve hodnotové spektrá a to právo pacienta na ochranu súkromia a právo zdravotníckeho pracovníka na slobodu myslenia, svedomia a náboženského presvedčenia. Zástancovia eliminácie využívania výhrady vo svedomí argumentujú, že zdravotnícki pracovníci majú povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na svoje náboženské presvedčenie a namietajú, že výhrada vo svedomí je mnohokrát zneužívaná v neprospech nevzdelaných, či chudobných osôb, ktorým sa na jej základe upiera prístup k zdravotnej starostlivosti. Obhajovatelia výhrady vo svedomí zas argumentujú, že zdravotnícky pracovník nemôže byť nútený vykonávať také činnosti, ktoré negujú jeho

vnútorný svet. Ján Pavol II. v *Evangelium vitae* (1995) uvádza: „Kto sa odvoláva na námietky svedomia, nemôže byť vystavený trestným sankciám.“

Pri využívaní výhrady svedomia platia dve maximá:

1. Odmietnutie vykonať/spolupodieľať sa na zdravotnom výkone musí bezprostredne vyvierať zo svedomia a hodnotového založenia zdravotníckeho pracovníka.
2. Realizácia tohto práva nemôže bezprostredne ohroziť inú hodnotu – ľudský život, teda realizácia tohto práva nemôže prevážiť nad právom pacienta na život.

Z uvedeného vyplýva, že zdravotnícky pracovník je povinný vykonať zdravotný výkon, u ktorého si uplatnil výhradu vo svedomí, ak by jeho nevykonaním bol bezprostredne ohrozený život pacienta.

Citlivým spôsobom je možné docieľať, aby každý pacient získal zdravotnú starostlivosť, o ktorú má záujem a súčasne, aby zdravotnícky pracovník nebol pri svojom náročnom povolaní zbavený práva nechať hovoriť svoje svedomie. Ján Pavol II. (1995) poukazuje na to, že odmietnutie spolupráce pri konaní nespravodlivosti nie je len morálnou povinnosťou, ale aj základným ľudským právom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Exodus 1, 15 – 22. 1995. In *Sväté písmo*. Rím : Slovenský ústav svätého Cyrila a Metoda, 1995.

JÁN PAVOL II. 1995. *Evangelium vitae*. [Encyklika]. Trnava : SSV, 1995. 195 s.
ISBN 80-7162-097-1.

PALKO, V. 2012. *Levy prichádzajú*. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012. 488 s.
ISBN 978-80-7165-870-2.

SCHOTT, H. et al. 1994. *Kronika medicíny*. 1. vyd. Bratislava : Fortuna Print, 1994. 648 s.
ISBN 80-7153-081-6.

SIMOČKOVÁ, V. *Právo a legislatíva v ošetrovateľstve*. Košice : Multiprint s. r. o., 2014.
106 s. ISBN 978-80-89551-20-0.

Ústava Slovenskej republiky. 2011. 64 s. ISBN 978-80-8921-393-1.

Vatikánske zmluvy a výhrada svedomia. [online]. [cit. 2016-04-02]. Dostupné na:

<<https://vaticanskezmluvy.wordpress.com>>.

VIGLAŠ, J. 2016. *Výhrada vo svedomí*. 1. vyd. Bratislava : DON BOSCO, 2016. 45 s. ISBN 978-80-8074-366-6.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou. č. 326/2001 Z. z.

Zmluva medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami č. 250/2002 Z. z.

Kontakt

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

NOVÉ TRENDY VALIDÁCIE MERACÍCH NÁSTROJOV V OŠETROVATEĽSTVE

SOLGAJOVÁ Andrea, SOLLÁR Tomáš, VÖRÖSOVÁ Gabriela, ZRUBCOVÁ Dana

ABSTRAKT

Posudzovanie je prvou fázou ošetrovateľského procesu a patrí k integrálnej zložke komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. K efektívnosti tohto procesu je potrebné mať efektívny merací nástroj, špecifický pre ošetrovateľskú prax a nápomocný sestrem pri identifikácii problémov u pacienta. V príspevku sa zameriavame na zhodnotenie psychometrických vlastností škály Úroveň úzkosti-12, konkrétne na jej konštruktívnu validitu a diagnostickú presnosť (senzitivitu a špecificitu). Výberový súbor tvorilo 150 pacientov hospitalizovaných vo Fakultnej nemocnici v Nitre vo veku od 22 do 92 rokov ($AM=62$, $SD=16$), ženy (56,6%). Metódami zberu dát boli dotazník HADS-A a škála Úroveň úzkosti-12. Výsledky štúdie podporujú konštruktívnu validitu meracieho nástroja Úroveň úzkosti -12. Analýzy diagnostickej presnosti odporúčajú ako optimálne cut-off skóre pre sumárne skóre škály Úroveň úzkosti-12 hodnotu >26 , čo znamená v priemere vyjadrenie na 5-bodovej škále hodnotu mierne väčšiu ako 2 (teda mierne viac ako mierny prejav úzkosti). Výsledky podporujú vhodnosť použitia škály Úroveň úzkosti-12 pre hodnotenie úzkosti v kontexte ošetrovateľskej diagnostiky.

Kľúčové slová: Diagnostická presnosť. Konštruktívna validita. Posudzovanie. Psychometrické vlastnosti Úzkosť.

ÚVOD

Efektívnou diagnostikou výskytu úzkosti sestra ovplyvňuje celý proces starostlivosti o pacienta, na ktorý môže prítomnosť úzkosti vyššej intenzity ako je norma, resp. jej dlhodobé trvanie mať negatívny vplyv (dlhšia hospitalizácia, komplikácie ochorenia, neefektívne výsledky liečby). Úzkosť ako ošetrovateľská diagnóza sa vyskytuje medzi top 10-timi ošetrovateľskými diagnózami používanými sestrami v praxi (Whitley, 1994). Ošetrovateľská diagnóza Úzkosť (00146) je zaradená v klasifikačnom systéme ošetrovateľských diagnóz NANDA-International (The North American Nursing Diagnosis Association) a je definovaná ako pocit dyskomfortu alebo strachu sprevádzaný samovoľnými reakciami. Jej zdroj je často

nešpecifikovaný a súvisí s pocitom obáv (Herdman, Kamitsuru, 2014; Ackley, Ladwig, 2014). Definujúce charakteristiky (prejavy) ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť sú rozdelené do šiestich skupín: behaviorálne (10); afektívne (16); fyziologické (7), sympatické (15); parasympatické (12) a kognitívne (13) (Herdman, Kamitsuru, 2014). K súvisiacim faktorom tejto diagnózy v rámci klinickej praxi patria napríklad zmeny v zdravotnom stave alebo v rolových funkciách a statuse, situačná kríza, stres, hrozba smrti, zdravotný stav, neuspokojené potreby a iné. Podľa Moorhead, Brighton (2001) k týmto faktorom môžeme zaradiť aj predoperačné obdobie, invazívne alebo ohrozujúce vyšetrenia alebo testy súvisiace so zdravím, starnutie, rakovinu, bolesť.

Rozpoznanie prítomnosti úzkosti u pacienta patrí k odborným kompetenciám sestier (Oliveira, Chianca, Hussein Rassool, 2008). Kľúčovou je spoľahlivá diagnostika úzkosti, t.j. identifikovanie pacientov, ktorí prežívajú úzkosť a môžu profitovať z intervencie sestry. Posudzovanie úzkosti je založené na prejavovanom správaní, vrátane pacientovho subjektívneho opisu pocitov, predchádzajúcich skúseností s podobnými situáciami spôsobujúcimi úzkosť, efektívnosti stratégií zvládania, a súčasného podporného systému pacienta (Pasquali, Arnold, De Basio, 1989). Ackley a Ladwig (2014) odporúčajú pre hodnotenie úrovne úzkosti niekoľko škál z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (Nursing Outcomes Classification). Jednou z nich je škála NOC Úroveň úzkosti 1211, ktorá vychádza z domény psychosociálne zdravie, trieda psychosociálna pohoda (Moorhead et al., 2013). Tvorí ju zoznam 31 definujúcich ukazovateľov (prejavov úzkosti), ktorých prítomnosť a intenzitu sestra hodnotí na Likertovej škále (1 – závažná až 5 – žiadna). Celkové skóre ukazovateľov následne vypovedá o celkovej úrovni úzkosti. Jednotlivé ukazovatele možno rozdeliť do niekoľkých oblastí (všeobecné prejavy, psychologické a behaviorálne prejavy úzkosti) podobne, ako ich kategorizuje aj NANDA – International.

Škála NOC Úroveň úzkosti 1211 bola validizovaná v severoamerickom kontexte (Taylor-Loughran, O'Brien, LaChapelle, Range, 1989; Whitley, 1994; Shuldham, Cunningham, Hiscock, Luscombe, 1995). V podmienkach Slovenska sme uskutočnili psychometrické hodnotenie škály (overovanie reliability, validity a diagnostickej presnosti). Overovanie reliability škály Úroveň úzkosti 1211 ukázalo, že nástroj nie je reliabilný, ak používame sumárne skóre. Pri overovaní validity sme zistili, že väčšina položiek koreluje s HADS-A „zlatým štandardom“ diagnostiky úzkosti. Overovanie diagnostickej presnosti ukázalo, že

kombináciu dostatočnej senzitivity aj špecificity dosiahli len dva prejavy úzkosti zo škály – neposednosť a nepokoj. Tieto dva prejavy spĺňajú kritériá všetkých troch analýz (reliabilita, validita a diagnostická presnosť) (Sollár, Turzáková, Solgajová, 2012).

Zistenými výsledkami štúdie analýzy pôvodnej škály NOC Úroveň úzkosti 1211 a špecifickými požiadavkami klinickej praxe, najmä z dôvodu časovej náročnosti (Vanečková, Beloritová, Sollár, 2012), sme dospeli k názoru, že by bolo vhodné škálu redukovať na menší počet položiek. Východiskom bola štúdia autorov Whitley, Tousman (1996), v ktorej autori rovnako redukovali prejavy úzkosti z dôvodu praktickejšieho uplatnenia pri posudzovaní. Pri vytváraní novej škály sme rešpektovali odporúčania Fehringa (1986) pre obsahovú validitu. Výsledkom validizačnej štúdie bolo 7 hlavných definujúcich charakteristík pre úzkosť (poruchy spánku, smútok, verbalizovanie úzkosti, nervozita, plač, búšenie srdca a znížená schopnosť riešiť problémy) a ďalších 29 vedľajších charakteristík – prejavov úzkosti (Solgajová, Vörösová, Semanišinová, 2012). Podľa Vanečkovej, Sollára, Vörösovej (2012) všetky hlavné definujúce charakteristiky ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť boli rovnako hodnotené ako najvýznamnejšie klinickým psychológom. 6 hlavných definujúcich charakteristík úzkosti a 6 vedľajších charakteristík bolo použitých pre novú škálu Úroveň úzkosti-12.

CIEL

Zameriavame sa na psychometrické hodnotenie škály Úroveň úzkosti-12, špecificky overujeme predpokladané vzťahy skóre škály Úroveň úzkosti-12 a meracieho nástroja HADS-A „ako zlatého štandardu diagnostiky úzkosti“ (konštruktová validita). Predpokladáme, že skóre škály Úroveň úzkosti-12 koreluje so skóre dotazníka HADS-A (Zigmond, Snaith, 1983), tradične využívaného pri hodnotení úzkosti v prostredí nemocnice (hospitalizácie pacienta) (McDowell, 2006). Špecifickou oblasťou hodnotenia diagnostických nástrojov (prevažne v medicíne a ošetrovateľstve, v psychológii menej) je analýza diagnostickej presnosti meracieho nástroja. Skúmame senzitivitu a špecificitu škály Úroveň úzkosti-12 voči zlatému štandardu (dotazník HADS-A).

METÓDY

Výberový súbor tvorilo 150 pacientov hospitalizovaných vo Fakultnej nemocnici v Nitre vo veku od 22 do 92 rokov (AM=62, SD=16), ženy (56,6%). Charakteristika výberového súboru podľa jednotlivých oddelení je uvedená v tabuľke 1.

Tab. 1 Charakteristika výberového súboru

		vek				pohlavie	
Oddelenie/klinika	n	AM	SD	min	max	muži	ženy
Interná klinika	30	63,67	12,45	41	86	57,1%	42,9%
Kardiologická klinika	30	66,20	16,29	27	92	53,6%	46,4%
Neurologická klinika	30	66,70	15,84	24	91	56,7%	43,3%
Klinika úrazovej chirurgie a ortopédie	30	59,43	15,50	22	84	50,0%	50,0%
Chirurgická klinika	30	55,38	18,06	23	82	0,0%	100,0%
Spolu	150	62,28	16,11	22	92	43,4%	56,6%

METODIKY

Respondentom bol administrovaný sebvýpoved'ový dotazník HADS-A (7-položková časť dotazníka Hospital Anxiety and Depression Scale zameraná na hodnotenie úzkosti) (Zigmond, Snaith, 1983) s možnosťou odpovede na 4-bodovej odpoved'ovej škále). HADS je tradičným nástrojom na meranie prítomnosti a závažnosti symptómov úzkosti a depresie u pacientov s fyzickým ochorením. Dotazník obsahuje 14 položiek s výberom zo 4 možných odpovedí, administrácia trvá menej než 5 minút. Sedem položiek meria symptómy depresie a sedem položiek meria symptómy úzkosti (McDowell, 2006). V štúdií sme použili 7-položkovú časť zameranú na hodnotenie úzkosti – HADS-A. Bjelland et al. (2002) vo svojom prehľade 747 výskumov, ktoré použili HADS, konštatujú, že metóda je dostatočne overená aj u psychiatrických pacientov, aj v bežnej populácii. Za optimálne cut-off skóre sa považujú hodnoty 8/9.

Súčasne bola úzkosť hodnotená sestrami na škále Úroveň úzkosti-12. Škála obsahuje 12 položiek behaviorálneho, fyziologického a psychologického charakteru (Poruchy spánku, Smútok, Pacient verbalizuje úzkosť, Nervozita, Plač, Búšenie srdca, Chvenie, Strach, Roztržitosť, Podráždenosť, Obavy z budúcnosti, Zvýšený pulz). Posudzovateľ (sestra) označuje mieru, intenzitu prejavu na škále od 1 (žiadny prejav) do 5 (závažný prejav). Sumárne skóre môže nadobúdať hodnoty od 12 do 60.

Sestry absolvovali úvodné školenie a diskusiu k používaniu škály a k administrácii sebvýpovedňového dotazníka HADS-A a mali k dispozícii stručný manuál objasňujúci význam položiek posudzovacej škály.

ŠTATISTICKÉ PROCEDÚRY

Pre overovanie konštruktivej validity škály Úroveň úzkosti-12 sme použili Pearsonov koeficient súčinovej korelácie. Korelovali sme sumárne skóre škály Úroveň úzkosti-12 so skóre dotazníka HADS-A. Pre účely hodnotenia diagnostickej presnosti sme realizovali ROC analýzu, AUC index (Area Under Curve – index plochy pod krivkou), pričom účelom je určenie ideálneho cut-off skóre pre určenie diagnózy skúmaného nového diagnostického nástroja. Uvádzame graf ROC krivky, a bodové hodnoty indexov spolu s prislúchajúcimi intervalmi spoľahlivosti (95% CI).

Na výpočet korelačného koeficientu a ROC analýzy sme použili štatistický softvér SPSS 22.0. Na tvorbu ROC grafu sme použili softvér MedCalc 14.10.2.0.

VÝSLEDKY

Konštruktová validita škály Úroveň úzkosti-12

Pre overovanie konštruktivej (konvergentnej) validity škály Úroveň úzkosti-12 sme sledovali vzťah jej skóre so skóre HADS-A. Zistili sme štatisticky významnú ($p < 0,001$) koreláciu ($r=0,81$). Výsledok hovorí v prospech dobrej konštruktivej (konvergentnej) validity škály Úroveň úzkosti-12.

Diagnostická presnosť škály Úroveň úzkosti-12

V tejto časti hodnotíme diagnostickú presnosť škály Úroveň úzkosti-12, pričom hľadáme ideálne cut-off skóre pre určovanie diagnózy (porovnaním so zlatým štandardom). Jedná sa o ROC analýzu (spolu s hodnotením senzitivity a špecificity). Diagnostické potreby ošetrovateľstva pripúšťajú chybu I. typu, teda indikáciu intervencie aj u pacienta, ktorý ju nepotrebuje, no potrebujú eliminovať chybu II. typu, t.j. pacient s úzkosťou nesmie ostať bez intervencie, preto považujeme aspekt senzitivity v tomto prípade za dôležitejší.

Ako hraničnú hodnotu pre určenie diagnózy (v našom prípade úzkosť) sme použili skóre dotazníka HADS-A. Cut-off sme stanovili pre hodnotu 8/9, ktoré je odporúčané v literatúre (Bjelland et al., 2002). Diagnóza úzkosť bola na základe HADS-A stanovená u 63 pacientov (42 %). Pri overovanej 5-bodovej škále Úroveň úzkosti-12 za ideálnu hodnotu cut off pre sumárne skóre škály Úroveň úzkosti-12 považujeme skóre >26. Hodnoty senzitivity a špecificity pre tento cut-off sú: senzitivita=87,30 (95% CI=76,5-94,4), špecificita=81,61 (95% CI=71,9-89,1). Hodnota Area Under Curve je štatisticky významná (AUC=,895; p<,0001). V tabuľke uvádzame hodnoty všetkých cut off skóre pre škálu Úroveň úzkosti-12.

Tab. 2 Diagnostická presnosť (senzitivita a špecificita) škály Úroveň úzkosti-12

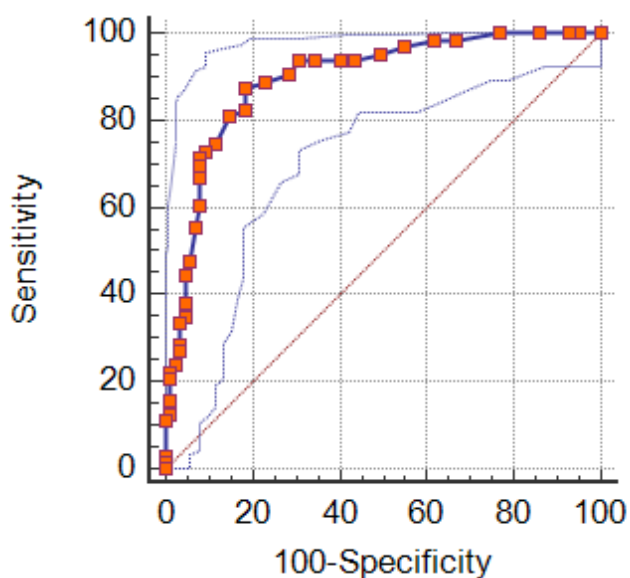
Criterion	Sensitivity	95% CI	Specificity	95% CI	+LR	95% CI	-LR	95% CI
≥12	100,00	94,3 - 100,0	0,00	0,0 - 4,2	1,00	1,0 - 1,0		
>12	100,00	94,3 - 100,0	4,60	1,3 - 11,4	1,05	1,0 - 1,1	0,00	
>13	100,00	94,3 - 100,0	6,90	2,6 - 14,4	1,07	1,0 - 1,1	0,00	
>14	100,00	94,3 - 100,0	13,79	7,3 - 22,9	1,16	1,1 - 1,3	0,00	
>15	100,00	94,3 - 100,0	22,99	14,6 - 33,2	1,30	1,2 - 1,5	0,00	
>16	98,41	91,5 - 100,0	33,33	23,6 - 44,3	1,48	1,3 - 1,7	0,048	0,007 - 0,3
>17	98,41	91,5 - 100,0	37,93	27,7 - 49,0	1,59	1,3 - 1,9	0,042	0,006 - 0,3
>18	96,83	89,0 - 99,6	44,83	34,1 - 55,9	1,75	1,4 - 2,1	0,071	0,02 - 0,3
>19	95,24	86,7 - 99,0	50,57	39,6 - 61,5	1,93	1,5 - 2,4	0,094	0,03 - 0,3

>20	93,65	84,5 - 98,2	56,32	45,3 - 66,9	2,14	1,7 - 2,7	0,11	0,04 - 0,3
>21	93,65	84,5 - 98,2	59,77	48,7 - 70,1	2,33	1,8 - 3,0	0,11	0,04 - 0,3
>22	93,65	84,5 - 98,2	65,52	54,6 - 75,4	2,72	2,0 - 3,7	0,09 7	0,04 - 0,3
>23	93,65	84,5 - 98,2	68,97	58,1 - 78,5	3,02	2,2 - 4,2	0,09 2	0,04 - 0,2
>24	90,48	80,4 - 96,4	71,26	60,6 - 80,5	3,15	2,2 - 4,4	0,13	0,06 - 0,3
>25	88,89	78,4 - 95,4	77,01	66,8 - 85,4	3,87	2,6 - 5,7	0,14	0,07 - 0,3
>26	87,30	76,5 - 94,4	81,61	71,9 - 89,1	4,75	3,0 - 7,5	0,16	0,08 - 0,3
>27	82,54	70,9 - 90,9	81,61	71,9 - 89,1	4,49	2,8 - 7,1	0,21	0,1 - 0,4
>28	80,95	69,1 - 89,8	85,06	75,8 - 91,8	5,42	3,2 - 9,1	0,22	0,1 - 0,4
>29	74,60	62,1 - 84,7	88,51	79,9 - 94,3	6,49	3,6 - 11,8	0,29	0,2 - 0,4
>31	73,02	60,3 - 83,4	90,80	82,7 - 95,9	7,94	4,0 - 15,6	0,30	0,2 - 0,4
>32	71,43	58,7 - 82,1	91,95	84,1 - 96,7	8,88	4,3 - 18,4	0,31	0,2 - 0,5
>33	69,84	57,0 - 80,8	91,95	84,1 - 96,7	8,68	4,2 - 18,0	0,33	0,2 - 0,5
>34	66,67	53,7 - 78,0	91,95	84,1 - 96,7	8,29	4,0 - 17,2	0,36	0,3 - 0,5
>35	60,32	47,2 - 72,4	91,95	84,1 - 96,7	7,50	3,6 - 15,7	0,43	0,3 - 0,6
>36	55,56	42,5 - 68,1	93,10	85,6 - 97,4	8,06	3,6 - 18,0	0,48	0,4 - 0,6
>37	47,62	34,9 - 60,6	94,25	87,1 - 98,1	8,29	3,4 - 20,2	0,56	0,4 - 0,7
>38	44,44	31,9 - 57,5	95,40	88,6 - 98,7	9,67	3,6 - 26,2	0,58	0,5 - 0,7
>39	38,10	26,1 - 51,2	95,40	88,6 - 98,7	8,29	3,0 - 22,7	0,65	0,5 - 0,8
>40	34,92	23,3 - 48,0	95,40	88,6 - 98,7	7,60	2,8 - 21,0	0,68	0,6 - 0,8
>42	33,33	22,0 - 46,3	96,55	90,3 - 99,3	9,67	3,0 - 31,0	0,69	0,6 - 0,8

>43	28,57	17,9 - 41,3	96,55	90,3 - 99,3	8,29	2,5 - 26,9	0,74	0,6 - 0,9
>44	26,98	16,6 - 39,7	96,55	90,3 - 99,3	7,83	2,4 - 25,6	0,76	0,6 - 0,9
>45	23,81	14,0 - 36,2	97,70	91,9 - 99,7	10,3 6	2,5 - 43,7	0,78	0,7 - 0,9
>46	22,22	12,7 - 34,5	98,85	93,8 - 100,0	19,3 3	2,6 - 143,2	0,79	0,7 - 0,9
>47	20,63	11,5 - 32,7	98,85	93,8 - 100,0	17,9 5	2,4 - 133,7	0,80	0,7 - 0,9
>48	15,87	7,9 - 27,3	98,85	93,8 - 100,0	13,8 1	1,8 - 105,1	0,85	0,8 - 0,9
>50	12,70	5,6 - 23,5	98,85	93,8 - 100,0	11,0 5	1,4 - 86,1	0,88	0,8 - 1,0
>52	11,11	4,6 - 21,6	100,00	95,8 - 100,0			0,89	0,8 - 1,0
>55	3,17	0,4 - 11,0	100,00	95,8 - 100,0			0,97	0,9 - 1,0
>58	1,59	0,04 - 8,5	100,00	95,8 - 100,0			0,98	1,0 - 1,0
>59	0,00	0,0 - 5,7	100,00	95,8 - 100,0			1,00	1,0 - 1,0

Na nasledujúcom grafe uvádzame ROC krivku, pričom vidieť aj vizuálne pomerne dobré hodnoty indexu AUC=,895.

Graf 2 ROC krivka škály Úroveň úzkosti-12



Hodnotenie senzitivity a špecificity škály Úroveň úzkosti-12 naznačujú jej veľmi dobrú diagnostickú presnosť. Ak môžeme považovať sebvýpovedňový nástroj na meranie úzkosti HADS-A za zlatý štandard, tak možno hodnotiť diagnostickú presnosť škály Úroveň úzkosti-12 za veľmi dobrú.

DISKUSIA

V klinickej praxi potreba kvantifikovať psychopatologické stavy za účelom vyhodnotenia účinnosti liečby, prípadne na porovnanie účinkov viacerých terapeutických metód, vyústila do vzniku posudzovacích nástrojov. Pred týmto obdobím sa hodnotenie psychopatologických stavov uskutočňovalo len intuitívne skúseným klinikom. V súčasnosti sa v psychológii, či v psychiatrii používa metóda kvantifikácie psychopatologických stavov najčastejšie k určeniu diagnózy (Filip, Klaschka, 2002).

Rovnako v ošetrovateľskej praxi sa výsledkový manažment a výskum efektivity poskytovanej starostlivosti stali naliehavou požiadavkou. Výsledky dosiahnuté u pacienta sa začali využívať pri hodnotení kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v polovici 60. rokov 20. storočia. Potreba preukázať význam ošetrovateľských intervencií viedli k vytvoreniu klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (Nursing Outcomes Classification – NOC) (Moorhead et al., 2013; Moorhead, Johnson, Maas, Swanson 2003). NOC sa zaoberá zaznamenaním výstupov u pacienta, ktoré sleduje v zmysle zvyšovania kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a pôsobenia ošetrovateľstva prostredníctvom sestier na zdravie ľudí (Vörösová, 2007). NOC obsahuje hodnotiace škály pre ošetrovateľské diagnózy (problémy u pacienta) a tie obsahujú položky (ukazovatele/prejavy ošetrovateľskej diagnózy), ktoré sú predmetom hodnotenia. Jednotlivé ukazovatele sú v súlade s obsahom danej definície, majú stabilne usporiadaný vnútorný systém, ktorý je doplnený hodnotiacou stupnicou (Moorhead et al., 2013). Hodnotenie výskytu úzkosti a jej intenzity autori Ackley a Ladwig (2014) odporúčajú 5 výsledkov (škál) z NOC: Sebakontrola agresivity, Úroveň úzkosti, Sebakontrola úzkosti, Zvládanie, Sebakontrola podnetov. Vhodný čas pre meranie výsledkov je rôzny, pretože niektoré výsledky reagujú na ošetrovateľské intervencie veľmi rýchlo, kým iné reagujú po dlhšom čase. Je dôležité, aby merania výsledkov ovplyvnených ošetrovateľstvom boli po čase opakované (Moorhead et al., 2013).

V psychologickej diagnostike sa viac používajú sebvýpoved'ové škály, ktoré merajú stav chorého cez subjektívne pocity pacienta a pre posudzovanie úzkosti a úzkostných stavov je ich použitie opodstatnené (Filip, Klaschka, 2002). Naopak ošetrovateľská diagnostika je založená na hodnotení pozorovateľom (sestrou), na základe pozorovania pacienta kvantifikuje jednotlivé prejavy konkrétnej diagnózy umiestnením na stupnici. Podľa uvedenia Filipa a Klaschku (2002) škály pre objektívne hodnotenie pozorovateľom sú určené pre hodnotenie prejavov pacientovho správania a konania, na základe subjektívneho hodnotenia stavu pacienta pomocou štruktúrovaného rozhovoru s pacientom, pričom má pozorovateľ určené definície hodnotených stavov univerzálne. Ide o hodnotenie kváziobjektívne, nakoľko pozorovateľ hodnotí tieto prejavy zvonka, a zároveň môže byť posudzovanie ovplyvnené osobnosťou pozorovateľa, klinickými skúsenosťami, emocionálnym naladením a inými faktormi. Vörösová (2007) pre používanie škály NOC uvádza, že dilemou sa stáva subjektivita používaných škál, pretože hodnotiace stupnice nie sú špecificky definované pre každý ukazovateľ a výsledok, sestra musí urobiť úsudok o sledovanom prejave.

Filip a Klaschka (2002) uvádzajú, že každý merací nástroj, ktorý sa používa pre hodnotenie aktuálnej závažnosti stavu, alebo mieru zmeny, musí spĺňať psychometrické kritériá. Každý nový merací nástroj je potrebné pred uvedením do klinickej praxe validizovať a získať údaje o jeho reliabilite, validite a v klinickej praxi aj o diagnostickej presnosti, čo bolo hlavným cieľom tejto štúdie. V ďalšej časti hodnotíme výsledky psychometrických analýz.

Konštruktová validita

Pre hodnotenie konštruktovej (konvergentnej) validity škály Úroveň úzkosti-12 sme použili dotazník HADS, ktorý bol vytvorená ako sebaopisovací nástroj na zachytávanie klinicky významnej depresie a úzkosti u pacientov hospitalizovaných v nemocniciach a na rozlišovanie úzkosti od depresie. V štúdiu sme použili 7 položiek na hodnotenie úzkosti (HADS-A). Často sa považuje za zlatý štandard pri hodnotení úzkosti v prostredí nemocnice (hospitalizácie pacienta) (McDowell, 2006). Často používané cut-off skóre uvádzajú autori hodnoty 8/9 (Bjelland et al., 2002). Výsledky tejto štúdie podporujú konštruktovú validitu (hodnotili sme konvergentný aspekt) škály Úroveň úzkost-12, ako aj predošlé analýzy (Sollár et al., 2014; korelácie so STAI $r > ,8$). Diskriminačný aspekt konštruktovej validity je potrebné v ďalších analýzach preskúmať.

Diagnostická presnosť

V kontexte psychologického výskumu (aj praxe) je prístup k hodnoteniu diagnostickej presnosti pomerne zriedkavý. Naopak v medicínskom, resp. ošetrovateľstvom kontexte sa jedná o rozpracovanú oblasť. Dokonca existujú štandardy pre publikovanie štúdií takéhoto charakteru (STARD checklist, Bossuyt, et al., 2003). Jedným z hlavných štatistických a metodologických nástrojov pre hodnotenie diagnostickej presnosti (diagnostic accuracy) je ROC analýza, v rámci ktorej hodnotíme koeficient AUC (Area Under Curve) a senzitivitu a špecificitu diagnostického rozhodnutia pri určitom cut-off skóre. Senzitivita je pravdepodobnosť pozitívneho nálezu u chorého. Senzitivita testu nadobúda hodnotu od 0 do 1 (prípadne 100%) a vyjadruje úspešnosť meracieho nástroja na zachytenie prítomnosti sledovaného stavu u chorého. Špecificita je pravdepodobnosť negatívneho nálezu u zdravého človeka. Špecificita testu vyjadruje schopnosť testu diferencovať prípady, kde sa sledovaný stav nevyskytuje. V kontexte praktického použitia škály (v ošetrovateľstve) považujeme aspekt senzitivity za dôležitejší (pacient s úzkosťou nesmie ostať bez intervencie). Typicky sa preferujú pri analýze hodnoty cut-off skóre v kombinácii oboch (aj senzitivita aj špecificita musí vykazovať hodnotu $>,7$). V našom prípade sú obe hodnoty $>,8$. Analýzy odporúčajú ako optimálne cut-off skóre pre sumárne skóre škály Úroveň úzkosti-12 hodnotu >26 , čo znamená v priemere vyjadrenie na 5-bodovej škále hodnotu mierne väčšiu ako 2 (teda mierne viac ako mierny prejav úzkosti). Hodnota AUC naznačuje veľmi dobrú hodnotu ($AUC=,9$). Škála poskytuje veľmi dobre hodnotenie diagnostickej presnosti v porovnaní so zlatým štandardom (v našom prípade dotazníkom HADS-A s cut-off skóre 8/9). Pre ďalšie použitie škály odporúčame analýzy verifikovať.

ZÁVER

Škála Úroveň úzkosti-12 sa ukazuje ako konštruktovo validná, pre diagnostiku úzkosti je najcitlivejšie cut-off skóre odporúčame skóre >26 . Hodnotená škála Úroveň úzkosti-12 sa ukazuje ako validná aj vzhľadom na kritériá psychologickkej diagnostiky a splňa aj rôzne psychometrické kritériá. Výsledky podporujú použiteľnosť použitia posudzovacích škál pre hodnotenie psychologických premenných v kontexte ošetrovateľskej diagnostiky.

V súčasnosti prebieha psychometrické testovanie vybraných škál pre hodnotenie neefektívneho zvládania záťaže v podmienkach klinickej praxe.

Príspevok bol podporený grantovou agentúrou VEGA (1/0438/16 Osobnostné a situačné prediktory zvládania záťaže u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením) a grantovou agentúrou APVV (0532/10 Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovatel'stve).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ACKLEY, B. J., LADWIG G. B. 2014. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence – Based Guide to Planning Care*. 10th ed., Mosby, Inc. 2014. 937 s., ISBN 978-0-323-08549-6.
- BJELLAND, I., DAHL, A.A., HAUG, T.T., NECKLEMAN, D. 2002. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. In *Journal Of Psychosomatic Research*, 2002, vol. 52, no. 2, p. 69-77.
- BOSSUYT, P. M., REITSMA, J. B., BRUNS, D. E., GATSONIS, C. A., GLASZIOU, P. P., IRWIG, L. M., LIJMER, J. G., MOHER, D., RENNIE, D., DE VET, H. C.W. 2003. Towards Complete and Accurate Reporting of Studies of Diagnostic Accuracy: The STARD Initiative. In *Clinical Chemistry*, 2003, vol. 49, no.1, p. 1-6.
- FEHRING, R. J. 1986. Validation. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.). *Classification of nursing diagnoses*. St Louis, MO: Mosby, 1986, p. 183–190.
- FILIP, V., KLASCHKA, J. 2002. Psychometrická vyšetrení (škály). In C.Höschl, J. Libiger, J. Švestka (Eds.). *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2002, p. 288-293.
- FRAZIER, S. K., MOSER, D. K., RIEGEL, B., MCKINLEY, S., BLAKELY, W., KIM, K. A., GARVIN, B. J. 2002. Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. In *American Journal of Critical Care*, 2002, vol. 11, no. 1, p. 57-64.
- HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. (eds.) 2014. *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015 – 2017*. 10th edition, Oxford: Wiley-Blackwell, 2014, 534 p. ISBN 978-0-470-65482-8.

- McDOWELL, I. 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Third Edition. Oxford University Press, Inc., 2006, p. 273-329.
- MOORHEAD, S. et al. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2013. 737 p.
- MOORHEAD, S. A., BRIGHTON, V. A. 2001. Anxiety and Fear. In. M. L. Maas, K. C. Buckwalter, M. D. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. G. Titler, J. P. Specht (Eds.). *Nursing care of older adults diagnoses, outcomes, & interventions*. St Louis, MO: Mosby, 2001, p. 571–592.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, L.M., SWANSON, E. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th Edition, Missouri, USA : Mosby Inc., 2008. 912 p.
- OLIVEIRA, N, CHIANCA, T., RASSOOL, G. H. A. 2008. Validation Study of the Nursing Diagnosis Anxiety in Brazil. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2008, vol.19, no. 3, p. 102-110
- PASQUALI, E.A., ARNOLD, H. M., DE BASIO, N. 1989. *Mental health nursing: a holistic approach*. St. Louis: The C.V. Mosby Co., 1989, 943 p.
- SHULDHAM, C.M., CUNNINGHAM, G., HISCOCK, M., LUSCOMBE, P. 1995. Assessment of anxiety in hospital patients. In *Journal of Advanced Nursing*, vol. 22, no.1, p.87-93.
- SOLGAJOVÁ, A., VÖRÖSOVÁ, G., SEMANIŠINOVÁ, M. 2012. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť. In *Podiel zdravotníckych pracovníkov na zdraví obyvateľstva*, Bratislava : SZU, 2012. s. 486-494.
- SOLLÁR, T. a kol. 2014. Overovanie rôznych aspektov validity škály Úroveň úzkosti-12 ; In. *Psychologica 42 : zborník z konferencie Osobnosť v kontexte kognícií, emocionality a motivácií IV. konanej 27. a 28. novembra 2013 v Bratislave*, Bratislava: Psychoprof, 2014., s. 507-511.
- SOLLÁR, T., TURZÁKOVÁ, J., SOLGAJOVÁ, A. 2012. Prejavy úzkosti u pacientov z perspektívy psychologickej a ošetrovateľskej diagnostiky. In *Sociálne procesy a osobnosť: zborník príspevkov z 15. ročníka medzinárodnej konferencie*, Nový Smokovec, 17.-19.9.2012. Bratislava: SAV, 2012, s. 474-479.

- TAYLOR-LOUGHRAN, A., O'BRIEN, M., LACHAPELLE, R., RANGE, S. 1989.
Defining characteristics of the nursing diagnoses fear and anxiety: A validation study.
In *Applied Nursing Research*, vol. 2, no. 4, p.178-186.
- VANEČKOVÁ, J., BELORITOVÁ, R., SOLLÁR, T. 2012. Úzkosť a zvládanie záťaž u pacienta v perioperačnom období z pohľadu sestier. In *Kvalitatívny prístup a metódy vo vedách o človeku. Diverzita v spoločenských vedách: XI. česko-slovenská konferencia s medzinárodnou účasťou. Zborník abstraktov a program konferencie*, Bratislava : SAV, 2012, s.70
- VANEČKOVÁ, J., SOLLÁR, T., VÖRÖSOVÁ, G. 2012. Defining characteristics of the nursing diagnosis anxiety: a validation study. In Trešlová, M., Šedová, L. (eds.). *Present and the future of nursing and midwifery. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, 6.- 7. 9. 2012, Faculty of Health and Social Studies, České Budejovice : University of South Bohemia*, 2012, p. 294-299.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2007, 113 s.
- WHITLEY, G. G. 1994. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses and anxiety and fear. In *Nursing Diagnosis*, vol. 3, p. 155–161.
- WHITLEY, G. G., TOUSMAN, S. A. 1996. A multivariate approach for validation of anxiety and fear. In *Nursing Diagnosis*, vol.7, no. 3, p.116-124.
- ZIGMOND, A., SNAITH, R. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, p.361-370.

Adresa autorov:

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.¹, doc. PhDr. Tomáš Sollár, PhD.², doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.¹, PhDr. Dana Zrubcová, PhD.¹

Katedra ošetrovatel'stva¹, Ústav aplikovanej psychológie²

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1, 949 74 Nitra, Slovenská republika

asolgajova@ukf.sk

ŽIDOVSKÁ NEMOCNICA V SEREDI POČAS 2. SVETOVEJ VOJNY

ŠEVČOVIČOVÁ Andrea

ABSTRAKT

Na liečbu väzňov v slovenských pracovných táboroch slúžila počas 2. svetovej vojny Židovská nemocnica, ktorá bola do seredského tábora premiestnená z Bratislavy. Počas prevádzky v nej od júla 1942 do augusta 1944 poskytoval židovský personál zdravotnú starostlivosť predovšetkým na internom, chirurgickom a infekčnom oddelení. Hospitalizácia v nemocnici znamenala pre väzňov nielen odbornú pomoc, ale poskytovala im útočisko aj pred náročnými životnými podmienkami v tábore. Tie stáli za vznikom žalúdočných problémov, zápalov, ale aj telesnou a duševnou vyčerpanosťou.

Kľúčové slová: Choroby väzňov. Pracovný tábor Sereď. Zdravotná starostlivosť. Židovská nemocnica.

ÚVOD

V rokoch 1941/42 boli prostredníctvom Ministerstva vnútra zriadené židovské pracovné tábory v Seredi, Novákoch a vo Vyhniach, kde bolo umiestnených asi 2200 Židov (Hradská, 2008). Úlohou táborov bolo sústrediť Židov vyradených z hospodárskeho a sociálneho života a tým zamedziť ich styku s civilným obyvateľstvom. Zároveň využiť ich pracovnú schopnosť pri stále sa javiacom nedostatku pracovných síl na slovenskom trhu práce (Nižňanský, 2001). Zdravotná starostlivosť bola okrem ambulantného ošetrovania väzňom poskytovaná aj v židovskej nemocnici.

V lete 1942 bola na Židovskú nemocnicu v Bratislave (vznikla v roku 1931) so sídlom na Šulekovej ceste 10 uvalená dočasná správa. Vláda rozhodla o jej presídlení do tábora v Seredi (Hlavinka, Nižňanský, 2009). Jediná verejná židovská nemocnica pre všetkých Židov žijúcich na Slovensku bola tak do Serede prenesená 13. júla 1942. Názov nemocnice bol „Židovská nemocnica v Bratislave, t.č. v Seredi“. Bola zriadená za tým účelom, aby tu ponechaní Židia mali ústav, kde sa mohli podrobiť liečbe a neobsadzovali preplnené štátne a verejné nemocnice (Nižňanský a kol., 2004).

Keďže nemocnica nebola zoštatnená, nepodliehala po presune do tábora jej veliteľstvu. K dispozícii dostala jednoposchodovú budovu, ktorá bola pred zriadením tábora vojenským skladom. V čase, keď počas deportácii tábor plnil funkciu koncentračného tábora bola v tejto budove umiestnená ošetrovňa a ubytovacie zariadenie. Zariadenie nemocnice tvoril pôvodný inventár z Bratislavy a inventár zrušenej nitrianskej nemocnice. Časť vnútorného zariadenia a lekársky inštrumentár bol dokúpený alebo vyrobený v táborových dielňach. Právny stav podľa ktorého bola Židovská nemocnica pod dočasnou správou nevyhovoval Ministerstvu vnútra a tak 4.mája 1943 zrušilo Židovskú nemocnicu v Bratislave a podriadilo ju systému židovských pracovných táborov. Výmerom Ministerstva vnútra sa stala židovskou nemocnicou v Seredi pre všetkých príslušníkov židovských pracovných táborov (Hlavinka, Nižňanský, 2009).

ZLOŽENIE A PERSONÁL NEMOCNICE

Zdravotnú službu v nemocnici vykonávali židovskí lekári a židovské ošetrovatel'ky (Kamenec, 1991). Ich úlohou bolo zabezpečiť zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť o zaradencov tábora, medzi ktorými sa nachádzali muži, ženy i deti.

Za riaditeľa a vedúceho lekára nemocnice bol menovaný MUDr. Eugen Fehér. V nemocnici spolu s ním pracovalo 6 lekárov, 10 ošetrovateliek (z toho boli dve operačné sestry), jedna röntgenová sestra, jedna pôrodná asistentka, 2 laboranti a iný pomocný personál. Nemocnica bola schopná prijať 120 až 150 pacientov. K dispozícii mala 22 izieb, ktoré boli umiestnené na prvom poschodí spolu s lekárskymi bytmi. Na prízemí sa nachádzali chirurgická a interná ambulancia, operačná sieň s prípravovňou, röntgen, laboratórium, kancelárie, byty pre personál, kuchyňa, prádlovňa a pomocné miestnosti. Infekčné oddelenie malo na prízemí k dispozícii zvláštny vchod so 4 izbami s kúpeľňami a inšpekčnou izbou (Hlavinka, Nižňanský, 2009, Nižňanský a kol., 2004).



Obr. 1 Budova Židovskej nemocnice v súčasnosti - areál Múzea holokaustu v Sereďi
(Zdroj: Ševčovičová, 2017)

Keďže nemocnica musela fungovať na princípe sebestačnosti z príspevku pacientov, zápasila s finančnými problémami. V máji 1943 bola prebudovaná na táborovú nemocnicu pre všetkých príslušníkov židovských táborov. Bola oprávnená prijať aj Židov mimo táborov, ktorí si hradili náklady na liečbu (Nižňanský a kol., 2004). Ošetrovňa v Sereďi pri ktorej pôsobila aj zubná ambulancia, poskytovala ambulantné ošetrovanie výhradne pre príslušníkov tábora, ktorí tak boli do nemocnice posielaní len v prípade potreby nemocničného liečenia (Vrabcová, 2005).

Z úsporných dôvodov bola nemocnica rozdelená na mužské a ženské oddelenie, nie na oddelenia podľa lekárskeho disciplín. Liečili sa tu všetky choroby, okrem tuberkulózy a duševných chorôb. K dispozícii boli dvaja chirurgovia. Komisar tábora Imrich Vašina sa dostával do konfliktu s personálom nemocnice kvôli liečbe táborových zadržancov. Obviňoval lekárov zo Židovskej nemocnice, že väzňov liečia neoprávnene dlho (Hlavinka, Nižňanský, 2009).

ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O VÄZNENÝCH V TÁBORE

Starostlivosť o chorých v tábore vykonávala zdravotná služba. Jej financovanie sa zabezpečovalo zo získaných platieb za práce vykonané v dielňach pracovného tábora. Na tieto účely bol zriadený nemocenský a poisťný fond, ktorý slúžil v prípade potreby ako rezerva na podporu obyvateľov tábora, keďže nemohli byť členmi verejnej poisťovne. Zdravotníctvo v tábore malo dva aspekty:

1. charakter starostlivosti o chorých – liečebná starostlivosť,
2. aspekt verejného zdravotníctva – zabezpečenie táborovej hygieny, starostlivosť o deti a mládež a o výživu príslušníkov tábora.

Nariadenia z oblasti verejného zdravotníctva (zabezpečenie mydla, odšívovacích prostriedkov a bežná dezinfekcia) sa uplatňovali v rámci každodennej hygieny, starostlivosti o deti, mládež a pracujúcich a v hygiene stravovania. Hygienické a dezinfekčné prostriedky sa mali vyrábať v tábore v na to zriadenej príslušnej dielni. V dielni sa pripravovalo mydlo pre táborovú práčovňu, lysoform na dezinfekciu pre ošetrovne, tinktúra na vykynoženie blch, ploštíc a vši, krém na zuby, zubný prášok a dezinfekčné zubné prostriedky, olej a masti na popáleniny a omrzliny, parafínová masť na popukanú kožu, púder pre deti a pod. Príslušníci tábora dostávali mydlo zdarma (Pokreis, 2010).

V tábore sa vykonávala evidencia liekov, pričom správca skladu liekov musel mať stále k dispozícii na sklade pomôcky potrebné na výdaj. Príslušný liek vydával na základe receptu (príkazu) lekára, ktorého kópiu si ponechával ku kontrole (Hradská, 2008).

CHOROBNOSŤ VÄZŇOV

Zdravotný stav príslušníkov tábora bol podľa hlásení na znesiteľnej úrovni. Ženy trpeli najmä žalúdočnými problémami a nespavosťou. Vzhľadom na prácu v tmavých dielňach sa im veľmi zhoršoval zrak a častý bol aj zápal očných spojiviek. U mnohých sa objavili známky fyzickej a duševnej vyčerpanosti. V apríli 1944 bolo po objavení sa brušného týfusu zavlečeného pravdepodobne zvonka, nariadené očkovanie (Vrabcová, 2005).

Ľudia však boli z veľkej pracovnej záťaže prepracovaní a mali psychické problémy. Voda v tábore nezodpovedala hygienickým normám, preto sa aj napriek očkovaniu vyskytli prípady brušného týfusu, záškrtu a čierneho kašľa (Nižňanský a kol., 2004). V tábore boli pre nedostatok kanalizácie a vodovodu primitívne hygienické pomery. Kúpeľ so sprehami sa v Seredi dokončila v lete 1943. Deti ochoreli na osýpky, zápal príušných žliaz, v zime na chrípku, čo ich vzhľadom na táborovú životosprávu značne oslabovalo a ich zdravotný stav sa len ťažko zlepšoval (Vrabcová, 2005).

ZÁVER

V období fungovania Židovskej nemocnice sa ošetrovatelky, lekári a ďalší personál snažili o zmierňovanie táborového utrpenia. Pod zdravotný stav väznených sa okrem životných podmienok v tábore podpísal aj neustály strach z možných deportácií do koncentračných a vyhladzovacích táborov. Počas sústredenia židovského obyvateľstva sa nemocnica v tábore stala útočiskom pre chorých a vyčerpaných väzňov.

Židovská nemocnica bola v prevádzke do 29. augusta 1944 (Ackerman a kol., 2016). Krátko pred vypuknutím Slovenského národného povstania dosahoval tábor kapacitu 1100 - 1200 osôb. Hneď potom došlo k rozpusteniu tábora a dezertovaniu zaradencov. Vplyvom vojnových udalostí však bola ešte v septembri 1944 obnovená jeho činnosť. Seredský tábor sa stal miestom koncentrácie niekoľkonásobne väčšieho počtu ľudí, čo malo vplyv aj na životné podmienky väzňov z hľadiska životného priestoru (Hlavinka a kol., 2010). Do marca 1945 bolo zo Serede deportovaných do koncentračných táborov viac ako 12 000 Židov (Nižňanský a kol., 2004).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ACKERMAN, J. a kol. 2016. Múzeum holokaustu v Seredi. In *Múzeum*, roč. LXII, č.1/2016, s.2-3. ISSN 0027-5263.

HLAVINKA, J. – NIŽŇANSKÝ, E. 2009. *Pracovný a koncentračný tábor v Seredi 1941-1945*. Bratislava : Dokumentačné stredisko holokaustu, 2009. 191s. ISBN 978-80-969857-3-9.

- HLAVINKA, J. a kol. 2010. Koncentračný tábor v Seredi vo svetle novoobjavených dokumentov (september 1944- marec 1945). In *Druhá vlna deportácií Židov zo Slovenska. Zborník medzinárodnej vedeckej konferencie* (8.september 2009, Technická univerzita vo Zvolene). Banská Bystrica : Múzeum SNP, 2010. s. 50-80. ISBN 978-80-89514-00-7. ISBN 978-80-89514-00-7.
- HRADSKÁ, K. 2008. *Holokaust na Slovensku 8. Ústredňa Židov (1940-1944). Dokumenty*. Bratislava : Dokumentačné stredisko holokaustu; Zvolen: KLEMO, 2008. 451 s. ISBN 978-80-89304-06-6.
- KAMENEC, I. 1991. *Po stopách tragédie*. Bratislava : ARCHA, 1991. 285 s. ISBN 80-7115-015-0.
- NIŽŇANSKÝ, E. 2001. Začiatky židovského tábora vo Vyhniach v dokumentoch. In *Studia Historica Nitriensia 9*. Nitra : UKF, 2001. s. 219 - 233. ISBN 80-8050-486-5.
- NIŽŇANSKÝ, E. – BAKA, I. – KAMENEC, I. 2004. *Holokaust na Slovensku 5. Židovské pracovné tábory a strediská na Slovensku 1938-1944. Dokumenty*. Zvolen : KLEMO, 2004. 352 s. ISBN 80-968662-9-X.
- POKREIS, B. 2010. Zdravotná starostlivosť v koncentračnom a pracovnom tábore v Seredi. In *Acta Judaica Slovaca 16*. Bratislava : Slovenské národné múzeum, Múzeum židovskej kultúry, 2010. s.27-33. ISBN 978-80-8060-250-5.
- VRABCOVÁ, E. 2005. Pracovný tábor Židov v Seredi (1941-1945). In *Archivum Sala II*. Šaľa : Štátny archív v Bratislave, pobočka Šaľa, 2005. s.69-78.

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Ševčovičová

doktorandka

VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava

E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

ZÁJEM KLIENTŮ O EDUKAČNÍ A PREVENTIVNÍ PROGRAMY V LÁZEŇSKÉ PÉČI

ŠULCOVÁ Petra

ABSTRAKT

V průzkumu jsme zjišťovali zájem klientů o edukační a preventivní programy v rámci lázeňské péče. Preventivní programy preferovali tři čtvrtiny dotázaných, to je 77%. O edukační programy zájem projevila jedna třetina respondentů, to je 33%. Edukační program s onemocněním diabetes mellitus a s onemocněním astma a alergie mělo zájem 46% a o vzdělávací program s onemocněním srdce a oběhového systému 60% respondentů. U obou programů by nejvíce klientům vyhovovala skupinová forma a metoda přednášek a diskuze s odborníkem či metoda aktivního zapojení. Možnosti a personální obsazení lázní, tak může vyhovět zájmu klientů a aktivně se podílet na prevenci a edukaci klientů.

Klíčová slova: Edukace. Lázeňství. Prevence.

ÚVOD

Lázně fungují již mnoho staletí a přijíždí do nich klienti, kteří si potřebují odpočinout, načerpat nové síly, zrehabilitovat se po prodělaném onemocnění nebo trpí chronickou chorobou. Klienti přijíždí s nejrůznějším onemocněním, ale také se zde setkáváme s rozličnými národnostmi. Nejvíce klientů lákají léčivé přírodní zdroje, kterými rozumíme minerální prameny, přírodní plyn CO₂, peloidy a klimatické podmínky. Užívají si procedur, sportovních aktivit, výletů do okolí Mariánských Lázní, krásné přírody a pomáhá jim to oprostít se od všedních starostí.

Jedním z problémů přijíždějících hostů je nízká úroveň znalostí o jejich onemocnění a mnohdy deficit jejich zručností, například v aplikaci inzulínu. Jiným příkladem by mohli být lidé trpící obezitou, kteří čekají zázračné vyléčení jejich bolavých kloubů a zad. Tito lidé jsou však málokdy ochotni měnit svůj životní styl. Proto se domníváme, že vhodné edukační a preventivní programy by mohly rozšířit jejich vědomosti, žebříček hodnot a změnit jejich životní postoj.

VÝZNAM EDUKACE V LÁZNÍCH, JEJÍ FORMY A METODY

V lázeňství je možnost poskytovat základní, reedukační i komplexní edukaci, vždy záleží na předchozích edukacích a jejich úspěšnosti. Do lázní přijíždějí klienti, kteří většinou již mají určité znalosti či dovednosti získané v předchozí péči. Ověřením si základních vědomostí a dovedností můžeme naplánovat edukaci a rozdělit klienty do skupin, kde jim můžeme znalosti doplnit, prohloubit či obnovit.

Proces edukace i v lázeňské péči ovlivňuje mnoho faktorů, jakými jsou například prostředí, zdravotní stav klienta, edukační metody a mnoho dalších. Abychom byli úspěšní v edukačním procesu, musíme dodržovat jeho zásady a volit správné formy a metody (Divišová, 2010).

Léčebné lázně disponují krásným a klidným prostředím, který je ideální pro edukační proces. Zdravotní stav klientů bývá pro edukaci dobrý a k dispozici je také erudovaný tým odborníků, který může předat hostům mnoho vědomostí a dovedností.

Léčebné lázně disponují prostory pro individuální, skupinovou či hromadnou formu edukace. Individuální forma se může provádět v ordinacích lékařů, na sesternách, kanceláři nutriční terapeutky nebo v kabině rehabilitace. Pro edukaci skupinovou a hromadnou jsou k dispozici zasedací místnosti, haly nebo školící místnosti. Všechny prostory skýtají velmi příjemné prostředí, kde se naši klienti cítí velmi dobře a útulně.

Edukační metody v lázních jsou cílevědomé postupy, sloužící k předávání znalostí a osvojování si nějakých návyků. Tyto metody jsou významným prostředkem pro realizaci edukačního procesu a to jak v lázeňské péči, tak i v jiných zařízeních (Svěráková, 2012).

V lázeňské léčebně se dá využít nepřeberné množství edukačních metod. Jednou z možností je využití informačních letáků nebo přes televizní kanál lázeňské společnosti. Klienti mají také k dispozici lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, nutriční terapeutku a výživového poradce. Personální obsazení léčebného úseku vytváří ideální podmínky pro metodu přednášek s odborníkem či možnost aktivního zapojení do edukačního procesu. Nutriční terapeut či výživový poradce mohou být nápomocni ke změně stravování a změně životního stylu. Sestra může učit klienty různým dovednostem a předávat potřebné vědomosti. Lékaři mohou objasnit etiologii jejich onemocnění a eventuelní rizika či komplikace. Rehabilitační pracovník může klienty do vzdělávacího procesu aktivně zapojit ukázat správnou cestu k pohybové aktivitě.

EDUKAČNÍ PROCES A JEHO CÍLE V LÁZNÍCH

Edukačním procesem v lázeňské péči rozumíme soubor činností, při nichž zprostředkovatel učí či instruuje jedince nebo skupinu. Tento proces má pět fází, kterými jsou posouzení, stanovení sesterské diagnózy, plánování, realizace a vyhodnocení.

Před stanovením cíle v lázeňské péči musíme určit jaké změny ve vědomostech, dovednostech, postojích, hodnotové orientaci a návycích chceme dosáhnout. Sestra v lázních si správně stanoví cíle a řádně provádí odbornou přípravu. Zkušenosti a dovednosti jsou v oblasti edukace nezbytně nutné (Juřeníková, 2010).

Zpětná vazba je pro sestru velmi důležitá, kontrola by měla probíhat průběžně, abychom měli kontrolu plnění cílů, čehož můžeme v lázních dosáhnout pomocí dotazníku či rozhovoru s klientem. Hlavním cílem v lázních je podpora pacienta při učení, poskytování přesných a potřebných informací a přesvědčení klienta k pochopení změny postoje v péči o jeho zdraví (Šamánková, 2006).

Cíle v lázních si stanovujeme kognitivní, kterými chceme docílit osvojení si určitých vědomostí a rozumových schopností. Pro rozvíjení pohybových schopností, motorických dovedností nebo pracovní zručnosti si volíme cíle psychomotorické. Na plnění těchto cílů v lázních může sestra spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem či jiným zdravotním pracovníkem. Afektivní cíle volíme v lázeňské péči, pokud chceme změnit názory, postoje nebo hodnotovou orientaci (Juřeníková, 2010).

Cílem lázeňské péče je docílit zlepšení zdravotního stavu klientů v co největší možné míře. Lázeňská péče není pouze o poskytování procedur, ale klient si dopřává i zaslouženého odpočinku. Snahou není zregenerovat organismus pouze po fyzické stránce, ale i po stránce duševní. Absolvováním lázeňské péče by neměla končit starost o zdraví, ale je nutné pokračovat ve správné péči o své zdraví. Chroničtí pacienti se k nám jistě opět vrátí, ale do budoucna mohou eliminovat či odstranit možné komplikace jejich onemocnění a zkvalitnit si zbytek života. Ostatní klienti se mohou naučit jak o sebe pečovat a uchovat si zdraví co nejdéle. Domníváme se, že je nutné dosáhnout všech těchto cílů i v lázeňské péči a napomoci vzdělávacími programy k udržení zdraví.

PREVENCE A PODPORA ZDRAVÍ JAKO PŘEDMĚT EDUKACE V LÁZNÍCH

V lázeňské péči znamená prevence neboli výchova ke zdraví soubor činností měnící naše postoje, vědomosti a zručnosti v péči o naše zdraví a učí nás nemocem předcházet. Základem péče o své zdraví je posílení sebeuvědomění, sebedůvěry a samostatnosti (Čeledová, Čevela, 2010).

S holistickým vnímáním zdraví se lze setkat v mnoha kulturách. S rozdílnými kulturami se setkáváme velice často a to hlavně v lázeňské péči. Zdraví považujeme za fyzickou a psychickou sílu, která napomáhá se zvládnutím možných obtíží. Každý z nás má jisté množství síly, kterou nazýváme životní silou a podle toho zvládáme naše problémy. Při ochabnutí životní síly se lidé hůře vyrovnávají se situací, ale mohou znovu tuto sílu nabrat. Dobré zdraví představuje sílu, která nám pomáhá zvítězit nad nemocí (Křivohlavý, 2009).

Moderní lázeňská ošetrovatelská péče jednoznačně preferuje podporu zdraví a prevenci nemocí. Důležitá je ochota každého člověka podílet se na péči o své zdraví a pro celou společnost je velmi zásadní vytvářet ekonomické a sociální podmínky pro život obyvatel. Všude na světě přibývá lidí, kteří začínají chápat potřebu prevence a udržení si zdraví. Základním principem pro lázeňskou péči je nemocem předejít než jimi trpět. Výchova ke zdraví v lázních prioritně mění chování obyvatel tak, aby udržovali a podporovali své zdraví a předcházeli nemocem pomocí prevence. Prevenci v lázeňské péči dělíme do třech základních kategorií na prevenci primární, sekundární a terciární. V lázních se primární prevence provádí v období, kdy je člověk zdravý a slouží hlavně k předcházení a omezení vzniku nemocí. Sekundární prevenci v lázních provádíme k zabránění komplikací vzniklé nemoci a předcházíme nežádoucímu průběhu nemoci. Terciární prevence je spíše medicínskou záležitostí a v lázeňské péči se s ní většinou nesetkáváme. Snahou je předcházet následkům nemoci, které by mohly mít za následek invaliditu nebo imobilitu.

Technické vybavení lázeňských služeb nebo finanční zabezpečení rozhodně nejsou hlavními atributy zdraví, ale jsou to lidé samotní. Uvědomění si pojmu zdraví a ochota se na péči o své zdraví je velmi důležitá. V lázních se můžeme učit zdravému životnímu stylu a podílet se na aktivní změně svého života. Aktivní účast jednotlivce, skupin, komunit a celé společnosti je hlavním atributem pro podporu zdraví. Prevencí před vznikem onemocnění si

můžeme zajistit kvalitnější způsob života a prodloužit si aktivní život, ale také zabezpečit zdravý vývoj našich potomků (Machová, Kubátová, 2009).

MOŽNOSTI PREVENCE V LÁZEŇSTVÍ

Zdraví nám ovlivňuje mnoho faktorů, které mohou působit pozitivně nebo negativně. Faktory rozdělujeme na vnitřní a vnější. Vnitřními faktory rozumíme genetickou výbavu, kterou získáváme od našich biologických rodičů. Vnější faktory přicházejí z našeho životního prostředí, sociální a ekonomické situace, způsobu života a mnoho dalších. Základní podíl faktorů ovlivňující zdravý obyvatel jsou zdravý životní styl (50 - 60%), socioekonomické a životní prostředí (20 - 25%), genetická výbava (10 - 15%) a zdravotní péče (10 - 15%). Pro možnost ovlivnění faktorů se používá základní dělení na skupiny individuální faktory a faktory prostředí. Mezi individuální faktory patří životní styl, způsob života a osobní chování. Faktory prostředí jsou socioekonomické prostředí, životní prostředí a zdravotní péče (Čeledová, Čevela, 2010).

Preventivní programy v lázních se mohou vysokou měrou podílet na změně životního stylu, který nám v nemalé míře ovlivňuje zdraví. Klientům našich hotelů můžeme ukázat cestu ke změně způsobu života teoretickou, ale i praktickou cestou. Hosté si mohou například vyzkoušet způsob zdravého stravování nebo nejrůznější pohybové aktivity.

Důležitá je také vzájemná komunikace mezi klienty, kteří si vyměňují své zkušenosti mezi sebou a to jim pomáhá vyrovnat se s onemocněním (Rybka, 2006).

Preventivní činnosti jsou nespecifické, zaměřené na vytváření zdravého životního prostředí a vhodného způsobu života tak, aby bylo pozitivně ovlivněno zdraví. Specifické činnosti jsou cíleně zaměřené na prevenci vzniku nemocí, předcházení komplikací, vzniku vad a jsou považovány za čistě preventivní. Podpora zdraví v lázeňské péči má pět základních principů. Jedním z těchto principů je, zaměřit se na populaci vystavenou většímu riziku vzniku nemocí. Věnovat se opatřením, které jsou zaměřeny na odstranění nebo změně negativních determinantů zdraví. Naučit a vychovat lázeňské klienty k aktivní spolupráci v péči o jejich zdraví. Usilovat o spolupráci co největšího počtu lázeňských hostů. Důležitou roli hrají v lázních zdravotničtí pracovníci, kteří mají za úkol vést naše lázeňské hosty k lepšímu způsobu jejich životního stylu (Čeledová, Čevela, 2010).

Díky vysoké návštěvnosti lázní se mohou zdravotníci zaměřit na širokou veřejnost. Vychovávat ji ke zdravému způsobu života tak, aby předcházeli nemocem či komplikacím z různých onemocnění. Lázně jsou pro prevenci a podporu zdraví ideálním místem.

METODIKA PRŮZKUMU

Vzhledem k sledované problematice jsme se zaměřili na zjištění, zda li mají klienti zájem o edukační a preventivní programy v lázeňské péči společnosti Léčebné Lázně Mariánské Lázně.

Průzkum byl proveden kvantitativní metodou za použití dotazníkového šetření. Dotazník byl vlastní konstrukce. Dotazník obsahuje úvodní část, v které je vysvětlen klientům důvod dotazníkového šetření a způsob vyplnění dotazníku. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a zcela dobrovolné. Dotazník byl rozdán v tištěné formě a v tabulkové podobě. Otázky v dotazníku jsou uzavřené a vždy bylo možné zaškrtnout pouze jednu odpověď. Formulace otázek je srozumitelná a výběr odpovědí se skládá z pěti možností. Dotazník je rozdělen do dvou částí a každá část obsahuje deset otázek.

V první části zkoumáme zájem o preventivní programy v lázeňských hotelech naší společnosti. Dále zkoumáme zájem o konkrétní preventivní programy, kterými jsou program: „Zdravý životní styl“, prevence obezity a rizik s ní spojených a prevence bolesti zad a kloubů. V dalších otázkách se dotazujeme na zájem o individuální či skupinovou formu těchto programů. Ve zbylých otázkách první části se dotazujeme, jakou metodu preventivních programů by klienti upřednostnili.

Druhá část je konstruována stejným způsobem jako část první. Zaměření druhé části se týká zájmu o edukační programy v našich lázeňských hotelech. Zkoumanými konkrétními edukačními programy jsou: edukace u astmatu a alergie, edukace u onemocnění srdce a oběhového systému a edukace u onemocnění diabetes mellitus. Stejně jako v první části nás zajímal zájem o formy a metody edukačních programů.

CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Dotazník byl rozdáván klientům v hotelech společnosti Léčebné lázně Mariánské Lázně a. s. na základě povolení generálního ředitele a hlavní sestry. Průzkum probíhal v časovém intervalu od 01. 01. - do 30. 04. 2016. Celkem bylo rozdáno 500 dotazníků, z toho se vrátilo 488 a 3 dotazníky byly vyřazeny jako nepoužitelné. Zpracováno bylo 485 dotazníků, což je vyjádřeno v procentech 97% návratnost. Výběr respondentů byl cílený, dotazníky byly rozdány hostům hotelů naší společnosti bez rozdílu věku, pohlaví a národnosti.

VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Průzkumem jsme vyřešili problém a jednoznačně jsme prokázali, že klienti mají zájem jak o edukační, tak i o preventivní programy v lázeňské péči.

Tabulka 1 Sumarizační tabulka zájmu klientů o preventivní a edukační programy

Programy	Preventivní					Edukační (vzdělávací)				
	Velmi vysoký	Vysoký	Střední	Nízký	Žádný	Velmi vysoký	Vysoký	Střední	Nízký	Žádný
Zájem	62%	15%	13%	8%	2%	22%	11%	36%	7%	24%
	77%			10%		33%			31%	

(Zdroj: Autor)

Preventivní programy preferovali tři čtvrtiny dotázaných, to je 77%. O edukační programy zájem projevila jedna třetina respondentů, to je 33%.

Tabulka 2 Sumarizační tabulka zájmu klientů o konkrétní preventivní a edukační programy

Programy	Preventivní					Edukační (vzdělávací)				
	Velmi vysoký	Vysoký	Střední	Nízký	Žádný	Velmi vysoký	Vysoký	Střední	Nízký	Žádný
Zdravý životní styl	66%	15%	6%	11%	2%	32%	14%	14%	5%	35%
Diabetes	81%			13%		46%			40%	
Bolesti zad a kloubů	61%	17%	9%	9%	4%	25%	21%	3%	16%	35%
Astma, alergie	78%			13%		46%			51%	
Obezita Srdce	57%	20%	13%	8%	2%	46%	14%	23%	5%	13%
	77%			10%		60%			18%	

(Zdroj: Autor)

Všechny tři dotazované preventivní programy byly klientelou velmi žádané a respondenti projevíli zájem. O preventivní program „Zdravý životní styl“ projevilo zájem 81%, o preventivní program bolesti zad a kloubů 78% a o preventivní program obezity a rizik s ní spojených 77% respondentů. Edukační program s onemocněním diabetes mellitus by preferovalo 46%, o edukační program s onemocněním astma a alergie mělo zájem 46% a o vzdělávací program s onemocněním srdce a oběhového systému 60% respondentů.

Tabulka 3 Sumarizační tabulka zájmu klientů o formy a metody

Programy	Preventivní					Edukační (vzdělávací)				
	Velmi vysoký	Vysoký	Střední	Nízký	Žádný	Velmi vysoký	Vysoký	Střední	Nízký	Žádný
Individuální forma	20%	13%	7%	22%	38%	40%	18%	11%	9%	23%
	33%			60%		58%			32%	

Skupinová forma	52%	18%	11%	6%	13%	38%	26%	12%	14%	10%
	70%			19%		64%			24%	
Prospekty, inf. letáky.	8%	6%	20%	14%	52%	10%	5%	12%	30%	43%
	14%			66%		15%			73%	
TV kanál společnosti	11,5%	11,5%	8%	48%	21%	16%	6%	6%	31%	41%
	23%			69%		22%			72%	
Přednášky a diskuze	71%	11%	7%	4%	7%	39%	15%	5%	7%	34%
	82%			11%		54%			41%	
Aktivní zapojení	40%	7%	11%	6%	36%	55%	13%	19%	3%	13%
	47%			42%		68%			16%	

(Zdroj: Autor)

U preventivních programů by nejvíce klientům vyhovovala skupinová forma a to z 70% a metoda přednášek a diskuze s odborníkem z 82%. U edukačních programů by nejvíce klientům vyhovovala skupinová forma a to z 64% a metoda aktivního zapojení z 68%.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě analýzy a interpretace výsledků průzkumu navrhuje pro management naší společnosti:

- Zavést do nabídky programů naší společnosti preventivní programy,
- konkrétně preventivní program „Zdravý životní styl“, program prevence bolesti zad a kloubů a program prevence obezity a rizik s ní spojených,
- u preventivních programů preferovat skupinovou formu programu,
- preventivní program provádět metodou přednášek a diskuzí s odborníkem a metodou aktivního zapojení.

Na základě výsledků průzkumu dále doporučujeme:

- Zavést do nabídky programů naší společnosti vzdělávací (edukační) programy,
- konkrétně edukační programy s onemocněním diabetes mellitus, s onemocněním astma a alergie a s onemocněním srdce a oběhového systému,
- u edukačních programů upřednostnit skupinovou formu programu,
- edukační program provádět metodou přednášek a diskuzí s odborníkem a metodou aktivního zapojení.

ZÁVĚR

Balneoterapie je nepochybně neoddělitelnou součástí léčebných a ozdravných procesů, její tradice je dlouholetá a pozitivní výsledky průkazné. Mariánské Lázně jsou místem bohatým na přírodní léčivé zdroje a právě proto jsou oblíbeným místem mnoha návštěvníků. V lázeňském městě je velmi krásná příroda, klidné prostředí a nádherně zařízené léčebné hotely. Lázeňská péče slouží k odpočinku, k regeneraci organismu a k načerpání fyzických i psychických sil. Klienti přijíždějící do lázní za odpočinkem či léčením mají kromě procedur také spoustu volného času. Současná nabídka lázeňských balíčků je velmi pestrá, ale doba se stále vyvíjí a nutností je rozšířit tuto nabídku ještě více. Proto nás zajímal zájem klientely o edukační a preventivní programy v lázeňské péči. Velmi nás potěšil vysoký zájem o preventivní programy, ale zájem o edukační programy nebyl vůbec zanedbatelný. Dnešní doba je velmi uspěchaná, máme na sebe málo času a populace se potýká s civilizačními chorobami. Z tohoto důvodu nás velmi potěšil zájem o preventivní program „Zdravý životní styl“, program prevence bolesti zad a kloubů a prevence obezity a rizik s ní spojených. Zájem o edukační program s onemocněním diabetes mellitus, s onemocněním astma a alergie i s onemocněním srdce a oběhového systému nebyl zanedbatelný vzhledem k vysoké návštěvnosti našich lázní. Věříme, že zavedením nových a žádaných programů můžeme získat novou, mladší a zdravou klientelu, která se k nám bude ráda vracet. Zavedením preventivních a edukačních programů nemůžeme nic ztratit, naopak můžeme hodně získat.

U vzdělávacích programů označila jedna třetina dotazovaných odpověď střední zájem a my se domníváme, že se tato skupina respondentů nemohla rozhodnout pro jednoznačnou

odpověď. Navrhujeme provedení průzkumu zájmu o konkrétní edukační programy s cíleným výběrem zkoumaného vzorku a to s daným onemocněním.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ČELEDOVÁ, L. - ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- DIVIŠOVÁ, M. 2010. Konverzační mapy v edukaci diabetiků. In *Sestra v diabetologii*. ISSN 1801-2809, 2010, 4/2010, s. 2 - 4.
- JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha : Portál, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- MACHOVÁ, J. - KUBÁTOVÁ D. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha : Grada, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- RYBKA, J. 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
- SVĚŘÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

Kontaktní údaje autora:

Bc. Petra Šulcová

Telefon: +420 773 534 684

sulcpetra@seznam.cz

INFORMAČNÝ SYSTÉM – PODPORA OŠETROVATELSKEJ DOKUMENTÁCIE

ŠULÁKOVÁ Katarína, TANČÁKOVÁ Alena

ABSTRAKT

Cieľom príspevku je priblížiť možnosti nemocničného informačného systému a elektronického vedenia ošetrovateľskej dokumentácie, vrátane procesov podporujúcich systematizáciu medicínskych a ošetrovateľských procesov. Jednou z najdôležitejších podmienok informačného systému je jednoduchosť pre používateľa, tá zaručí jeho akceptáciu a využívanie všetkých jeho možností a zmena procesov a ich zefektívnenie. Zjednodušenie procesov má vplyv na kvalitu a bezpečnosť poskytovanej starostlivosti, pomôže sestrem tráviť viac času pri pacientovi. Ošetrovateľstvo posúva svoje hranice v odbornej oblasti, aj v oblasti využívania moderných IT technológií. Chceme Vám priblížiť vedenie ošetrovateľskej dokumentácie s podporou informačného systému. Je to systém, ktorý nie je dokonalý. Je to živý organizmus a snahou jeho tvorcov je neustále ho zlepšovať.

Kľúčové slová: Elektronické zdravotníctvo. Nemocničný informačný systém. Ošetrovateľská dokumentácia.

ÚVOD

Predstavte si, že pri príchode do rannej zmeny sa odtlačkom prsta prihlásite do tabletu, na obrazovke ktorého sú všetky dôležité informácie o pacientoch, štruktúrovaný plán ošetrovateľských výkonov a vyšetrení plánovaných u pacientov na dnešný deň... jediným dotykom ich viete aktualizovať... Skontrolujete, koľkí pacienti sú plánovaní na prijatie a prepustenie v dnešný deň. Zdravotnícky asistent, ktorý je v zmene spolu s vami má podobný tablet s informáciami a úlohami, ktoré súvisia kompetenciami, určenými jemu... Systém Vás upozorní, že je čas podať pacientovi lieky ordinované na čas, v prípade vyššej glykémie dostanete informáciu, že pacient potrebuje podať inzulín. Ďalší pacient má opakovane vyšší tlak krvi. Systém automaticky odošle informáciu lekárovi špecialistovi o potrebe konzília. Jedným klikom vyberiete vykonané ošetrovateľské výkony, potvrdíte

podané lieky, ktoré systém automaticky odpíše zo skladu liekov. Pri ich minimálnom množstve na pracovisku odošle objednávku lekární. Pri prepúšťaní pacienta odkontrolujete vygenerovanú ošetrovateľskú správu a odporúčanú edukáciu na základe vyhodnotenia realizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, v príjemnom priestore edukačnej miestnosti odovzdáte pacientovi a príbuzným dôležité informácie o následnej starostlivosti.

Toto nie je science-fiction. Nemocnice pracujú na informačnom systéme, ktorý uľahčí a zjednoduší prácu lekárom, sestram a vráti ich od písacieho stroja k lôžku pacienta.

INFORMAČNÝ SYSTÉM

Rozvoj elektronického zdravotníctva je výrazne ovplyvňovaný hlavne ekonomickými faktormi. Zmeny, ktoré nastali v systémoch poskytovania zdravotnej starostlivosti v mnohých Európskych krajinách poukazujú okrem iného aj na nevyhnutnosť skvalitnenia procesov evidencie, archivácie a prístupňovania citlivých údajov týkajúcich sa zdravotného stavu pacientov. Tieto zmeny v pozitívnom smere naštartovali cestu prechodu k využívaniu informačných a komunikačných prostriedkov aj v našich zdravotníckych zariadeniach. Ekonomická výhodnosť prebiehajúcich inovácií systému zdravotníctva sa opiera hlavne o stúpajúce náklady na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, či rastúce požiadavky na jej kvalitu a dostupnosť. Zabezpečením efektívnosti využívania finančných i ľudských zdrojov sa preto snažíme vybudovať systém, v ktorom bude možné jednoducho, rýchlo, spoľahlivo a bezpečne archivovať, zdieľať a vymieňať dôležité informácie medzi oddeleniami, ale aj zdravotníckymi zariadeniami v sieti (Majerník, Kotlárová, 2010).

Sestry často vykonávajú množstvo úloh a v procese „papierovej“ evidencie údajov zapisujú informácie, ktoré sa často opakujú. Zdieľanie informácií preto prináša nielen finančnú, ale aj časovú úsporu, a to tak pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ako aj pre jej konzumenta (pacienta) (Majerník, Kotlárová, 2010). Elektronické evidovanie, archivovanie a poskytovanie informácií je na rozdiel od papierových foriem realizované pomocou informačných systémov, ktoré umožňujú jednoduché vyhľadávanie a aktualizovanie informácií o zdravotnom stave pacienta/pacientov. Výhody elektronickej evidencie údajov vyzdvihuje aj skutočnosť, že sú zaznamenávané v štruktúrovanej podobe (Munz, 2011).

Komplexný nemocničný informačný systém (KNIS) je systém, ktorý slúži na zber, uchovávanie, spracovávanie, interpretáciu, prenos a cieleňé poskytovanie informácií v nemocniciach a v zariadeniach ambulantnej starostlivosti. Hlavným cieľom zavádzania komplexných nemocničných informačných systémov v zdravotníckych zariadeniach je dosiahnutie tzv. bezpapierovej nemocnice (Rovňák, 2012).

Ošetrovateľská dokumentácia je súčasťou a náplňou práce každej sestry. Je neoddeliteľnou súčasťou jej každodennej práce, zásadnou pre celý multidisciplinárny tím. Určuje zodpovednosť pri plánovaní, realizácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Musí byť vedená od začiatku hospitalizácie pacienta do skončenia jeho pobytu v nemocničnom zariadení. Správne vedená dokumentácia pomáha zvýšiť hodnotu poskytovanej starostlivosti, pomáha chrániť pacienta, sestru a ostatný zdravotnícky personál pred prípadným právnym postihom (Mastiláková, 2005).

Jej úlohou je zaznamenávať užitočné informácie o pacientovi z hľadiska poskytovanej starostlivosti, ktorú sestra či iný zdravotnícky pracovník k tomu oprávnený urobil. Záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii musia zodpovedať skutočnosti (Franko, Humeník, 2010).

Pri prijatí pacienta sestra získava a hodnotí vstupné informácie, posúdenie zdravotného stavu, ktoré sa vypisuje jednoduchým vyklikaním. Na základe týchto informácií stanoví sesterské diagnózy a naplánuje špecifickú starostlivosť o daného pacienta. Súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie sú na našich oddeleniach hodnotiace škály. Sú modifikované a prispôbené tak, aby vyhovovali danému oddeleniu a pomohli naplánuvať kvalitnú a individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Môžeme hodnotiť rôzne oblasti objektívneho posudzovania, fyzické, psychické, aj sociálne potreby pacienta. Správne hodnotenie a používanie hodnotiacich škál vyžaduje od sestier teoretické znalosti, komunikačné schopnosti a pozorovací talent (Mastiláková, 2004). Úlohou informačného systému je zjednodušiť sestere ich vyplňanie a následné vyhodnocovanie.

O poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykoná sestra zápis do dokumentácie zakliknutím príslušných ošetrovateľských výkonov, ktoré jej ponúka systém, prípadne zápisom prostredníctvom sesterskej vizity. Ošetrovateľské výkony sú „standarty ošetrovateľskej starostlivosti“ vytvorené kompetenčnými tímami sestier jednotlivých odborov. V budúcnosti je možnosť využiť ošetrovateľské výkony na kusový odpis špeciálneho zdravotníckeho materiálu. Dekurz po vytlačení obsahuje systémom dotiahnuté osobné údaje o pacientovi,

vrátane zdravotnej poisťovne. Zápis v dekurze je štruktúrovaný podľa časov zápisov lekára, sestry, prípadne zdravotníckeho asistenta (Vondráček, Dvořáková, Vondráček, 2017). Laboratórne vyšetrenie nie je viazané na papierové žiadanky. Po vypísaní elektronickej žiadanky lekárom sestra po odbere biologického materiálu označí skúmavky čiarovým kódom, načíta čítačkou a odošle materiál do laboratória. Odoslaním elektronickej žiadanky sa záznam o realizovanom odbere materiálu automaticky zaznamená v dekurze pacienta. Rovnako výsledky laboratórných a zobrazovacích vyšetrení sa po ich odoslaní laboratóriom, prípadne rádiologickým pracoviskom zobrazia v dokumentácii pacienta. Obrazová dokumentácia je prístupná v systéme archivácie zvanom PACS (Picture Archiving and Communication System) (Munz, 2011). V tomto systéme archivujeme tiež fotodokumentáciu dekubitov, rán, prípadne iných defektov. Informačný systém umožňuje zaznamenávať prípadné nežiadúce udalosti, akými sú pády, dekubity, zámena lieku a pod. z ktorých je generovaný výstup pre manažment oddelenia, či nemocnice (Středa, Hána, 2016). Nemocnice využívajú kusovú evidenciu liekov, ktorá umožňuje ich identifikáciu pri prijíme do zdravotníckeho zariadenia – lekárne, výdaji na jednotlivé oddelenia a pri samom podaní pacientovi. Na tú je naviazaná elektronickej preskripcia liekov. Po podaní liekov pacientovi sestra jediným klikom odpíše lieky zo skladu a systém zároveň urobí zápis o podaní do dokumentácie pacienta.

Cieľom nemocničného informačného systému je mimo už spomínaného rýchla, spoľahlivá, integrovaná a vývojaschopná podpora činností pre riadenie a organizáciu každodenných pracovných tokov na úrovni zdravotníckej, administratívnej, zabezpečovacej a hospodárskej, podpora pre optimalizáciu organizačných činností a stratégiu riadenia. Podpora jednotlivých aktivít informačného systému poskytuje zázemie pre plnenie úlohy nemocnice aj vo vykazovaní zdravotnej starostlivosti a štatistickej oblasti pre Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI), či štatistika nezhôd a nežiadúcich udalostí. Umožňuje okamžitý prístup lekára k elektronickej zdravotnej dokumentácii pacienta, výsledkom laboratórných vyšetrení a medikačnej histórii pacienta, a tým preventívne k zabráneniu opakovaných vyšetrení (Majerník, Kotlářová, 2010). Od elektronickej dokumentácie očakávame hlavne skvalitnenie starostlivosti a zvýšenie bezpečnosti pacientov a v neposlednom rade príspevanie k istote zdravotníckeho personálu, ktorý je často vystavený tlaku pacientov, príbuzných, nedostatku personálu. Správne vedenie ošetrovateľskej

dokumentácie pomáha zvyšovať nielen hodnotu poskytovanej starostlivosti o pacientov, ale pomáha ochrániť pacienta, sestru a ostatných zdravotníckych pracovníkov multidisciplinárneho tímu pred právnym postihom. Je dôležité uvedomiť si, že kvalita starostlivosti nezáleží iba na sestrách, ale na celom systéme zdravotnej starostlivosti, na spolupráci s ďalšími členmi a tiež na samotnom pacientovi. Hnacím motorom zmien sú aj pacienti, ktorí sa menia, sú viac informovaní v otázkach zdravia i choroby a aj pri komunikácii s lekárom chcú využívať technológie a možnosti, ktoré sú pre nich dnes už samozrejme z bežného života. Je stále jednoduchšie a žiadanejšie využívať rezervačný systém na objednávanie, telekontroly, či telemedicínu (Kováč, 2011).

Zaobraním sa touto problematikou chceme poukázať na dôležitosť a kľúčový princíp koncepcie informatizácie zdravotníctva. Ten úzko súvisí a musí korešpondovať s úpravou legislatívy o vedení zdravotnej dokumentácie, ktorá má podporovať rozvoj moderného dokumentovania starostlivosti o pacienta.

ZÁVER

Možno práve včera ste si stiahli najnovšiu verziu počítačového programu, no už dnes viete, že sa pripravuje nová verzia. Rozvoj IT technológií a ich aplikácií je jedným z najpozoruhodnejších príbehov moderného sveta, nevynímajúc z neho zdravotníctvo. Má naň zásadný dosah naprieč celým spektrom činností. Navyše, tento príbeh ovplyvňuje – či si to želáme alebo nie – celú súčasnú spoločnosť, vzťahy aj osobný život jednotlivcov. Do našich nemocníc nastupuje na pozície sestier, lekárov generácia Y, Z. Vyrastá v globalizovanej spoločnosti, kde nedostatok času a priestoru sa prekonáva ďalším rozvojom informačných a komunikačných technológií. Je to technologická generácia, ktorá chápe počítače, e-maily a internet ako bežnú súčasť života. Má virtuálnu slobodu, slabé verbálne schopnosti. Do práce chodí v žabkách a pri práci počúva iPod. Chce pracovať, ale práca nie je ich život. Chce robiť lepšie a rýchlejšie, hľadá kreatívne formy vzdelávania. Je orientovaná na cieľ, chce spravodlivých a priamych šéfov... Čo sa nemení je potreba niekam patriť a pomáhať iným. A to je základ, na ktorom môžeme stavať budúcnosť ošetrovateľstva.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- FRANKO, P., HUMENÍK, I. 2010. Zdravotná dokumentácia ako databáza údajov o pacientovi. In *Slovenský lekár*. ISSN 1335-0234, 2010, roč. 20(34), č. 7-8, s. 156-160.
- KOVÁČ, M. 2011. Telemedicínske aplikácie v zdravotníctve. In *Posterus*. [online]. 2011, roč. 4, č.7. Dostupné na internete : <http://www.posterus.sk/?p=11008> ISSN 1338-0087.
- MAJERNÍK, J., KOTLÁROVÁ, K. 2010. *Medicínska informatika II – Nemocničný informačný systém*. 1.vydanie Košice: UPJŠ v Košiciach, 2010. 232s. ISBN 978-80-7097-812-2.
- MASTILIAKOVÁ, D.2005. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- MASTILIAKOVÁ, D. 2004. *Úvod do ošetrovatelství systémový přístup II. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
- MUNZ, J. 2011. *Informačné technológie ve zdravotníctví*. 1.vydanie. Praha : České vysoké učení technické, 2011. 304 s. ISBN 978-80-01-04720-0.
- NANDA International. 2010. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009–2011*. 1. vyd. Barcelona : Elsevier Espana, 2010. 456 s. ISBN 978-1-4051 -8718-3.
- ROVNÁK, M. 2012. *Základy informačných a komunikačných technológií pre manažérov*. 1.vyd. Prešov : Bookman, s.r.o., 2012. 121 s. ISBN 978-80-89568-31-4.
- STAŇKOVÁ, M. 2004. *České ošetrovatelství 3: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 2004. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- STŘEDA, L. HÁNA, K. 2016. *eHealth a telemedicina*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing,a.s., 2016. 160 s. ISBN 978-247-2616-8.
- VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., VONDRÁČEK, L.2009. *Medicínsko-právní terminologie*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247- 3151-3.
- Česká asociace sester.2008. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online], c. 2008, Poslední revize neuvedena [vid. 12. februára 2017]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-oseetrovatelske-dokumentace>

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie, Bratislava: 24. september 2009, Číslo: 07594/2009 – OZS, Dostupné z: [http:// Downloads/vestnik%2042%20-%2048%202009%20\(1\).pdf](http://Downloads/vestnik%2042%20-%2048%202009%20(1).pdf)

Kontaktná adresa autoriek:

PhDr. Katarína Šuláková

Nemocnica s poliklinikou Trebišov a. s.

člen siete nemocníc Svet zdravia a. s.

ul. SNP 1079/76, 075 01 Trebišov

tel.: +421 56 666 0717

mobil.: +421 917 881 118

e-mail: katarina.sulakova@svetzdravia.com

PhDr. Alena Tančáková

Vranovská nemocnica, a.s.

člen siete nemocníc Svet zdravia a. s.

M. R. Štefánika 187/177 B, 093 27 Vranov nad Topľou

tel.: +421 57 4865 440

mobil: +421 905 865 184

e-mail: alena.tancakova@svetzdravia.com

VYUŽITIE SWOT ANALÝZY V MANAŽMENTE RIZÍK

VALKOVÁ Monika

ABSTRAKT

Cieľom príspevku je priblížiť problematiku bezpečnosti pacientov v zdravotníckych zariadeniach a realizovať SWOT analýzu k vybraným rizikám v ošetrovateľskej praxi. Nedostatočná bezpečnosť pacienta predstavuje závažný problém pre verejné zdravie a spôsobuje predĺženie hospitalizácie, zvýšenú mortalitu a morbiditu. Za nežiaduce udalosti zodpovedajú prevažne systémové faktory tak v ústavnej ako aj primárnej starostlivosti. U sestier pracoviska jednodňovej zdravotnej starostlivosti vo vybranom zdravotníckom zariadení sme realizovali interview o možných rizikách v ošetrovateľskej praxi, vnímaníu kultúry bezpečnosti v zariadení, ich postoji k hláseniu mimoriadnych udalostí a spolupráci pri manažmente rizík. Na ich základe sme zrealizovali SWOT analýzu vo vybraných rizikách, ktorá sa môže použiť ako manažérska podpora k eliminácii nežiaducich udalostí a v manažmente rizík.

Kľúčové slová: Bezpečnosť pacienta. Kvalita starostlivosti. Mimoriadne udalosti. Manažment rizík. SWOT analýza.

ÚVOD

Vážnym problémom, ktorý predstavuje zvyšujúcu sa hrozbu pre systémy zdravotníctva na celom svete, je bezpečnosť pacientov. Svetová zdravotnícka organizácia definovala bezpečnosť pacientov ako právo pacientov neutrpieť zbytočnú ujmu alebo potenciálnu ujmu spojenú so zdravotnou starostlivosťou. Bezpečnosť pacientov je základným pilierom každého vysokokvalitného systému zdravotníctva. Implementácia efektívnych zlepšení, ktoré sa týkajú kvality a bezpečnosti pacientov, je záujmom mnohých európskych krajín. Z existujúcich dôkazov vyplýva, že členské štáty EÚ sú na rôznej úrovni rozvoja a vykonávania účinných a komplexných stratégií bezpečnosti pacienta. S cieľom uľahčiť vzájomné učenie sa je potrebné vypracovať spoločnú terminológiu pre bezpečnosť pacienta a spoločné ukazovatele, a to

prostredníctvom spolupráce členských štátov a Európskej komisie s prihliadnutím na činnosť príslušných medzinárodných organizácií.

KVALITA OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

System kvality v zdravotníctve môžeme definovať ako súhrn štruktúry organizácie, zodpovednosti, procedúr, procesov s zdrojov, ktoré sú potrebné k sústavnému zlepšovaniu kvality poskytovaných zdravotníckych služieb, pričom ich konečným cieľom je zlepšovanie zdravotného stavu, zvyšovanie kvality života a spokojnosť obyvateľov, ktorým starostlivosť poskytujeme (Gladkij a kol., 2003).

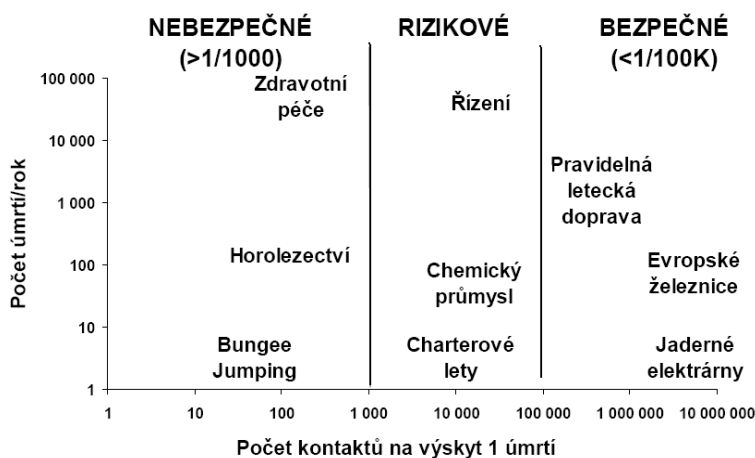
Pri zvyšovaní kvality sa musí zdravotnícke zariadenie zameriavať na výcvik a odbornú spôsobilosť pracovníkov, spôsob komunikácie s pacientom, uspokojovanie potrieb a práv pacientov, prevenciu problémov, zákonné požiadavky a predpisy, zodpovednosť za majetok pacienta, meranie a monitorovacie zariadenia, požiadavky iných zúčastnených strán (Kilíková - Nemčoková, 2006).

V ostatných dvoch desaťročiach sa zvýšil záujem o kvalitu a dosiahol úroveň spoločenskej nevyhnutnosti. Kvalita sa stala integrálnou súčasťou celej spoločnosti každodenného života.

BEZPEČNOSŤ PACIENTA

Medzi profesionálmi snád' už nikto nepochybuje, že zdravotná starostlivosť ako taká je nebezpečná a vyžaduje si zvýšenú pozornosť a aktivity vedúce k eliminácii nebezpečných prvkov v zdravotnej starostlivosti. V apríli 2005 bolo Luxemburskou deklaráciou o bezpečnosti pacientov uznané, že prístup k vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti je základným ľudským právom, ktoré musí rešpektovať EÚ, jej inštitúcie a občania Európy. Európska komisia vydala odporúčanie o bezpečnosti pacienta, ktoré podporuje zavedenie systémov hlásenia nežiaducich udalostí, a podporuje výskum a hodnotenia bezpečnosti. Úlohou organizácie je vytvoriť bariéry pochybeniam a rizikám tak, aby ich bolo čo najviac zachytených a eliminovaných. Je preto nutná otvorená komunikácia o chybách, zmena myslenia, jednaní a postojov všetkých zúčastnených.

Odhaduje sa, že 8 až 12% hospitalizovaných pacientov v členských štátoch EÚ je počas poskytovania zdravotnej starostlivosti vystavených negatívnym príhodám.



Obr. Aká ne (bezpečná) je zdravotná starostlivosť (Zdroj: Marx, 2006).

Budovanie kultúry bezpečnosti sa má stať v organizácii cieľom, ktorý zabezpečí bezpečnosť nielen pre pacienta, ale i pre zamestnanca. Nemenej dôležité je správne nastavenie priorít, porozumenie systémov, hľadanie chýb, budovanie bezpečných systémov, uplatňovanie poznatkov o ľudských faktoroch a podpora vzdelávania.

Vo všetkých procesoch sa môžu vyskytovať chyby, ktoré majú za následok – v prípade poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti – ujmu na zdraví, zvýšenie finančných nákladov a stoja čas. Chyby v procesoch je možné eliminovať rôznymi postupmi tak, že sa identifikujú a systematicky odstránia skutočné príčiny problému. Znížením premenlivosti procesu sa zmenší počet nezhôd a aby sa proces nevrátil do pôvodného stavu, zabezpečí sa jeho šandardizácia (Hulková, 2010).

Metodické usmernenie č.3/2014 ÚDZS, ktorým sa v praxi zaviedol systém hlásení omylov, chýb a NU, ktoré vzniknú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

- nemá represívny charakter,
- slúži na vzdelávanie – učením sa z vlastných chýb,
- mapuje kultúru bezpečnosti v ZZ,
- na základe analýz môže podporiť systémové zmeny.

„Bez zdravej organizačnej kultúry nemožno úspešne a trvale implementovať program kontinuálneho zvyšovania kvality, nejde realizovať transformačný proces, implementovať potrebné zmeny alebo zlepšiť produktivitu a tým i ekonomiku oddelenia. Nezdravá organizačná kultúra predstavuje pre zdravotnícke zariadenie jedno z najväčších rizík dlhodobého, vážneho zlyhania“ (Škrlovi, 2008, s. 81).

MIMORIADNE UDALOSTI V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

Mimoriadnu udalosť definujú Škrlovi (2003) ako *„udalosť, keď nastalo pochybenie pri výkone starostlivosti o pacienta či procedúry alebo keď intervencia neprebehla podľa plánu, platných smerníc alebo ošetrovateľských štandardov a následkom toho nastalo poškodenie zdravia pacienta, zamestnanca, inej osoby alebo majetku.“*

Škrľa (2005) rozdeľuje klasifikáciu mimoriadnych udalostí do dvoch hlavných skupín:

1. Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa následkov.
2. Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa príčiny.

Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa následkov

Podľa následkov môžeme mimoriadne udalostí rozdeliť do troch až štyroch skupín. Do prvej kategórie patria mimoriadne udalosti, pri ktorých vzniku bolo či už zámernou alebo náhodnou intervenciou, v poslednej chvíli zabránené. Do druhej kategórie zaraďujeme mimoriadne udalostí bez následkov. K posledným kategóriám patria mimoriadne udalosti s následkom. Túto skupinu môžeme rozdeliť na udalostí s ľahkým a ťažkým následkom, či už na zdraví, majetku alebo prevádzke zdravotníckeho zariadenia.

Klasifikácia mimoriadnych udalostí podľa príčiny

Príčiny, prečo dochádza k pochybeniam v zdravotnej starostlivosti môžeme rozdeliť do dvoch skupín.

1. **Aktívne chyby** – na úrovni zamestnanca poskytujúceho starostlivosť (neznalosť, vysoké sebavedomie, nezáujem, únava, nezvažovanie dôsledkov rozhodnutí, zbrklosť).
2. **Latentné chyby** – sú skryté v systéme (vybavenie, organizácia práce, manažment - nerealizovateľný plán činnosti, nedostatočné personálne obsadenie, nedostatočné zaškolenie,

časový stres, neprimerané prístrojové vybavenie, nedostatočná údržba prístrojov, nedodržiavanie štandardov kvality alebo ich absencia v organizácii (Marx, 2007).

Prevenca týchto udalostí spočíva najmä v dodržiavaní legislatívnych predpisov, pravidiel dozoru a auditu, metodického vedenia vrcholovým manažmentom, dostupnosti informácií, edukácii pacientov a pracovníkov. Vážnou bariérou v našich pomeroch môže byť tradičný prístup k priestupkom a chybám, ktorý podporuje kultúru strachu. V takom prostredí sa mimoriadne udalostí skrývajú alebo maskujú.

MANAŽMENT RIZÍK

„Manažment rizík je plánovanie, organizovanie a riadenie komplexného programu aktivít, ktoré identifikujú, hodnotia a podnikajú nápravné opatrenia proti rizikám, ktoré by mohli viesť k zraneniu pacientov, zamestnancov a k strate alebo poškodeniu majetku s následnou finančnou stratou“ (Grohar – Murray, M.E., 2003).

Riadenie rizík (Risk Management) je oblasť riadenia, ktorá sa zameriava na analýzu a zníženie rizika pomocou rôznych metód a techník prevencie rizík, ktoré eliminujú existujúce alebo odhaľujú budúce faktory zvyšujúce riziká. V súčasnom turbulentnom prostredí sú riziká všade prítomným a charakteristickým javom fungovania organizácií. Riadenie rizík je sústavná a opakujúca sa rada navzájom prepojených činností, ktorých cieľom je riadiť potenciálne riziká, t.j. obmedziť pravdepodobnosť ich výskytu alebo znížiť ich dopad. Účelom riadenia rizík je predísť problémom a negatívnym javom, vyhnúť sa krízovému riadeniu a obmedziť vznik problémov.

K prevencii a eliminácii rizík možno použiť napr.

1. SWOT analýzu
2. RCA – Root Cause Analysis – analýza skutočných príčin (tzv. koreňová analýza) – používa sa v prípade, keď už k mimoriadnej udalosti alebo k skoropochybeniu došlo. Ide o metódu retrospektívnu a reaktívnu.
3. FMEA – Failure Mode and Effect Analysis – analýza možností vzniku a následkov zlyhania – predstavuje metódu identifikácie a prevencie potenciálnych problémov či pochybení. Jedna sa o proaktívnu preventívnu stratégiu.

4. FTA – Fault Tree Analysis – analýza stromu porúch – určuje nielen hlavnú príčinu problému, ale všetky príčiny. Možnosť využiť ako reaktívnu i proaktívnu.

Dôležitú úlohu hrajú na oddelení sestry manažérky, ktoré majú zodpovednosť za celé spektrum aktivít spojených s kvalitnou a bezpečnou ošetrovateľskou starostlivosťou, preto by každá z nich mala byť aj manažérkou rizík na svojom oddelení. Zodpovedajú za výber a výchovu personálu, aby bol schopný poskytovať kvalitnú a bezpečnú starostlivosť, riadenie prevádzky oddelenia a koordináciu ošetrovateľského personálu, kontinuálne monitorovanie a hodnotenie kvalifikácie, výkonu a kompetencií ošetrovateľského personálu. Jednou z moderných a najvýkonnejších metód riadenia kvality v ošetrovateľstve je Six Sigma. „Pomocou metódy Six Sigma možno odhaliť najrizikovejší procesný krok vo všetkých štandardných ošetrovateľských postupoch, identifikovať a definovať problém v procese, následne ho merať, analyzovať, zlepšiť a potom navrhnúť konkrétne opatrenie“ (Hulková, s. 14, 2010).

SWOT ANALÝZA

Analýza SWOT predstavuje jednu zo základných a najpoužívanejších metód pomáhajúcich pri rozhodovaní. Ide o komplexnú metódu kvalitatívneho vyhodnocovania všetkých relevantných stránok fungovania podniku (prípadne problémov, riešenie projektov) a jeho súčasnej pozície. Medzi výhody SWOT analýzy patrí predovšetkým rýchlosť a relatívna jednoduchosť. Cieľom SWOT analýzy nie je len spracovanie jednoduchého prehľadu silných a slabých stránok a potenciálnych príležitostí a rizík, ale predovšetkým idea dôkladnej štruktúrnej analýzy, poskytujúcej užitočné poznatky. Završením analytických prác je syntéza výsledkov analýzy. Sedlák (2001) uvádza štyri typy stratégií:

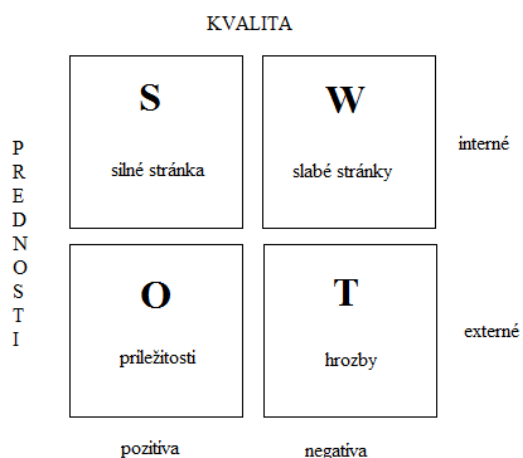
S – O (využívať silné stránky a veľké príležitosti plynúce z okolia)

W – O (snažiť sa eliminovať slabé stránky pomocou príležitosti z okolia)

S – T (využívať silné stránky na eliminovanie hrozieb)

W – T (usilovať sa vyriešiť nepriaznivý stav).

Analýza SWOT vychádza z predpokladu, že organizácia dosiahne strategický úspech maximalizáciou predností a príležitosti a minimalizáciou nedostatkov a hrozieb.



Obr. Znážornenie SWOT analýzy (Zdroj: <http://www.kvalitaprodukcie.info/swot-analyza/>).

Využitie SWOT analýzy v praxi

Vzhľadom na to, že SWOT analýza je veľmi univerzálna a jedna z najpoužívanejších analytických techník, je jej využitie v praxi široké. Je možné použiť ju pre organizáciu ako celok alebo pre jednotlivé oblasti, produkty alebo iné zámery. Je tiež širšou súčasťou riadenia rizík, lebo postihuje kľúčové zdroje rizík (hrozby), pomáha pri ich uvedomení si a nastavení protipatrení. SWOT analýzou sa pokúsime riešiť niektoré z vybraných rizík v chirurgickom ošetrovatelstve so zameraním na jednoduchovú chirurgiu. Ako príklad uvádzame analýzu pri medikačných pochybeniach. Táto analýza má nielen teoretický, ale aj praktický význam pri eliminácii rizík.

SWOT analýza v manažmente rizika – medikačné pochybenia

Príčiny medikačných pochybení sú rôzne, od rutinných chýb, nesprávnej identifikácie pacienta, neznalosti terapeutických dávok, nesprávnej aplikácie naučených vzorcov až po vážne systémové chyby. Pre medikačné pochybenia existuje vo svete niekoľko klasifikácií, z nich najúčinnnejšiu vytvorila americká spoločnosť lekárnikov (American Society of Health – System Pharmacists). Skutočným riešením problému nie je hľadanie vinníka, ale

spôsobu, akým k nemu došlo. Prvým krokom riešenia problému musí byť analýza primárnych a sekundárnych príčin medikačnej chyby, druhým krokom je nahlásenie nežiaducej udalosti, anonymne alebo adresne do systému hlásení. Je nutné oboznámiť personál s okolnosťami chyby s cieľom nezopakovať ju.

Nami realizovaná analýza poukazuje na silné stránky a príležitosti, ktoré vo vybranom zdravotníckom zariadení prevládajú nad slabými stránkami a hrozbami. Podmienkou úspešného manažmentu medikačných pochybení do budúcnosti je odhaľovať príčiny, poučiť personál z takmer pochybení, poznať riziká liekovej terapie, hlásiť pochybenia a chyby v medikácii, vytvárať v zdravotníckom zariadení atmosféru bez obáv z hlásenia rizika. Štúdie pochybení v ošetrovateľskej starostlivosti kladú na prvé miesto medikačné omyly, ktoré tvoria viac ako 19% všetkých pochybení sestier. Nolan (2000) zistil, že až 3% výpočtov zdravotníckeho personálu je chybných. Je preto potrebné opakovane vykonať prepočty, použiť tabuľky a kalkulačky a automatické prepočty s využitím výpočtovej techniky. Je dôležité pre manažment zdravotníckeho zariadenia zodpovedať najmä na nasledujúcu otázku: Akým spôsobom prelomiť atmosféru strachu pri hlásení pochybení?

Stratégia S – T

Pri manažmente rizík medikačných pochybení je prioritou, aby sestry dodržiavali svoje kompetencie, na podávanie intravenózneho lieku mali predpísané a aktualizované poverenie. Lieky môže podávať iba oprávnená osoba, liek musí prejsť trojitou kontrolou a musí byť zabezpečená 100 % identifikácia pacienta. V zahraničí sa osvedčili identifikačné náramky. Riziko, pri ktorom pacienti užívajú 5 a viac liekov sa zdá byť minimálne, nakoľko v rámci jednodňovej chirurgie môžu byť operovaní iba pacienti s klasifikáciou ASA I a ASA II. Pomerne vysoko rizikovým je veľká obmena pacientov a krátkodobá hospitalizácia do 24 hodín.

Stratégia W – O

Stratégia WO uprednostňuje zariadenie v atraktívnom prostredí, pričom je dôležité mať spoľahlivých spojencov. Takými sú ústavné zdravotnícke zariadenia, ktoré pri komplikácii prevezme pacienta do starostlivosti, spolupracujúce laboratória a dodávatelia. Aktualizáciou metodických pokynov spoločnosti, opakujúcim sa preškoleniam a sústavnému vzdelávaniu sú

sestry neustále informované a pri auditoch upozornené na nedostatky. Nevytváraním nadčasov sú sestry odbremenené od únavy a stresu. Externí zamestnanci sa musia zaškoliť a stotožniť s predpismi spoločnosti. Čitateľné zápisy v zdravotnej dokumentácii sú prioritou pri jej vedení.

SWOT analýza v manažmente rizika – medikačné pochybenia

SILNÉ STRÁNKY - S	SLABÉ STRÁNKY – W
<ul style="list-style-type: none"> - príprava liekov pre jedného pacienta, trojitá kontrola - informovanie pacienta o nežiaducich účinkoch liekov - mentorstvo v adaptačnom procese novoprijatých sestier - podávanie i.v liekov oprávnenou osobou s poverením na aplikáciu - implementovaná smernica Manažment mimoriadnych udalostí - implementované štandardizované ošetrovateľské postupy - pravidelne realizované audity - vysokokvalifikovaný a odborný personál JZS - dostatočný počet personálu na počet pacientov - využívanie informačného systému - pozitívna skúsenosť s hlásením mimoriadnych udalostí - vedenie ZD 	<ul style="list-style-type: none"> - zmennosť personálu a odovzdávanie nerelevantných informácií pri výmene služieb - nedostatočné matematické zručnosti – kalkulačné chyby - externí zamestnanci - používanie skratiek a nezavedených značiek - únava a stres - chyby spôsobené chvíľkovou nepozornosťou - vplyv ľudského faktora na bezpečnosť
PRÍLEŽITOSTI - O	HROZBY – T
<ul style="list-style-type: none"> - vylepšenie informačného systému - elektronická preskripcia - zavedenie odpisu liečiv na pacienta pomocou IS - zameranie sa na takmer pochybenia, aby sa zabránilo ich opakovaniu - konzultácia s farmaceutom pri neznámom lieku - zvyšovanie vedomostí z farmakológie - zavedenie identifikačných 	<ul style="list-style-type: none"> - podávanie lieku neoprávnenou osobou - zámena pacienta/lieku pri neoznačení lieku štítkom - riziko podávania liekov u pacientov krátkodobo hospitalizovaných v JZS - pacienti užívajúci súčasne viac ako 5 liekov - nedostatočná lieková anamnéza - sankcie personálu vedúce k zamlčovaniu medikačných

<p>náramkov</p> <ul style="list-style-type: none"> - školenia a vzdelávanie sestier - vypracovanie smernice s jasne stanovenými pravidlami k telefonickým ordináciám - vyhlásenie nulovej toleranciu k nečitateľným zápisom - správna orientácia a informovanosť v meniacich sa etiketách infúzných roztokov 	<p>pochybení</p> <ul style="list-style-type: none"> - ujma na zdraví s rôznymi následkami - súdne spory, žaloby
--	---

Zhrnutie realizovanej analýzy

Medikačné pochybenia je možné minimalizovať dodržiavaním štandardizovaných postupov v ošetrovatelstve, efektívnym riadením adaptačného procesu u novoprijatých sestier a mentorstvom, vhodnou formou dozoru a auditu, aplikáciou systematického prístupu pri ich podávaní, správnu identifikáciou pacienta i liekov, využívaním informačných technológií, konzultáciou s kvalifikovanými pracovníkmi (napr. lekárom, farmaceutom, toxikologickým pracoviskom), zapojením pacientov do prevencie rizík. V spolupráci s odbornými spoločnosťami, stavovskými organizáciami a zamestnávateľom je dôležité neustále vzdelávanie a školenie personálu a publikovanie kazuistík. Z nášho pohľadu je však najpodstatnejšie na pracovisku rozvíjať kultúru bezpečnosti a spravodlivosti, každé pochybenie dokumentovať a diskutovať o ňom. V praxi to však vyzerá tak, že počty nahlásených nežiaducich účinkov sú už roky nízke a neodrážajú skutočnú realitu.

ZÁVER

SWOT analýza bola uskutočnená v určitom čase, avšak vnútorné i vonkajšie prostredie sa časom mení, objavujú sa nové príležitosti, staré hrozby zanikajú, niektoré schopnosti sa stávajú zbytočnými, slabosti vznikajú tam, kde predtým neboli. Aj v budúcnosti by sme sa mali zamerať na hypotetické príležitosti a hrozby v zariadení. Poctivá príprava prináša ovocie v podobe eliminácie rizík, využívaní potenciálu, odstraňovaní nedostatkov a včasného zachytenia príležitosti. Výsledkom procesu implementácie výsledkov a dôkazov ošetrovateľských výskumov v klinickej praxi je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

„na mieru“. Takáto starostlivosť je prínosom pre pacienta, pre jeho rodinu, pre ošetrojúcich a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Kilíková, 2015).

Viacere nami analyzované pochybenia týkajúce sa práce v JZS je možné minimalizovať:

- zavedením systému riadenia kvality a efektívnym prístupom k riadeniu rizík,
- vhodnou formou dozoru a auditu,
- aplikáciou systematického a procesného prístupu,
- dodržiavaním štandardizovaných postupov v ošetrovatel'stve,
- efektívnym riadením adaptačného procesu u novoprijatých sestier a mentorstvom,
- využívaním informačných technológií,
- podporovaním kultúry bezpečnosti a spravodlivosti,
- správne vedenou zdravotnou dokumentáciou,
- celoživotným vzdelávaním personálu,
- zapojením pacientov do prevencie rizík.

V procese riadenia rizík má významnú úlohu edukácia zamestnancov a pacientov.

Podľa Škrlu (2008) by sa edukácia zamestnancov mala zamerať na:

- chyby a omyly zdravotníkov a ich dôsledky,
- kultúru bezpečnosti v organizácii a nový pohľad na hlásenie pochybení,
- metodológiu riadenia rizík na oddelení,
- úlohu interných auditov v prevencii rizík na oddelení,
- hygienu rúk,
- čitateľné zápisy v zdravotnej dokumentácii,
- pozitívnu identifikáciu pacientov,
- bezpečnú likvidáciu ihel a likvidáciu nebezpečného odpadu.

Je v našom záujme, aby sa zmysluplná edukácia sestier stala jedným zo základných pilierov kontinuálneho zvyšovania kvality. V dôsledku snahy o ekonomickosť zdravotníckych služieb musí byť starostlivosť poskytovaná na vysokej, kvalitnej úrovni a mala by sa uskutočňovať v súlade s aktuálnymi a vedecky podloženými poznatkami založenými na dôkazoch. (Alexander, Runciman, 2003, Hulková, 2016). Pre pacienta nie je dôležité koľko školení sestra absolvovala, ale ako získané vedomosti využíva v praxi.

Pre všetky zdravotnícke zariadenia je však prioritným odporúčaním sledovanie a hlásenie mimoriadnych udalostí. Informáciami pre databázu povinných a dobrovoľných hlásení mimoriadnych udalostí ÚDZS a Európsku úniu môžu zdravotnícke zariadenia pomôcť nielen sebe, ale aj iným poskytovateľom, pri riešení odborných medicínskych problémov.

Stať sa moderným zdravotníckym zariadením neznamena mať len veľkolepé ciele, poslanie alebo víziu. Znamená to predovšetkým mať správnych ľudí na správnom mieste. Týka sa to tak manažérov ako aj zamestnancov, pre ktorých je spokojný pacient najvyššou prioritou v ich každodennej práci. Sestry sa musia neustále vzdelávať. Túto povinnosť si sestry plnia najčastejšie pasívnou účasťou na vzdelávacích akciách. Podľa (Hulkovej, 2010) je však žiaduce, aby si sestry uvedomili, že pasívna účasť na vzdelávacích akciách nie je jedinou formou sústavného vzdelávania. O nutnosti prepojenia teórie, praxe a výskumu hovorí aj Kilíková (2015) tvrdením, že je žiaduce, aby klinická prax ošetrojúcich mala vedecký základ. Sestry sa v práci riadia etickým kódexom, podľa ktorého svoje povolanie vykonávajú statočne, svedomito, s hlbokým ľudským prístupom, v súlade s legislatívou a dostupnými poznatkami lekárskeho vied a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa zdravotná starostlivosť poskytuje.

Problém manažmentu rizík môžeme vyjadriť myšlienkou Dr. Simmonsovej uvedenej v publikácii Petra Škrly (2008) „*Priznanie a náprava problémov urobí tieto problémy záležitosťou minulosti, ich nepriznanie alebo trivializovanie ich urobí záležitosťou budúcnosti.*“

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. 2003. *Struktura kompetenci všeobecné sestry podle ICN*. Brno : NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
- ASPDEN, P., – CORRIGAN, J. – WOLCOTT, J., et. al: Patient Safety: achieving a new standard for care. Washington, DC : National Academic Press, 2004, pp. 1 – 528.
- DEDINA, J. – CEJTHAMR, V. 2005. *Management a organizační chování*. Praha : Grada Publishing 2005. 339 s. ISBN 80-247-1300-4.

- GLADKIJ, I. a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vydavatelství : Computers Press. 1. vydanie. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- GROHAR-MURRAY, M. E. – DiCROCE, H.R. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovateľské péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing,. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
- HULKOVÁ, V. 2010. Metóda Six Sigma v ošetrovateľstve. In *Sestra a lekár v praxi*, 5 – 6/2010, roč. IX, s. 14. ISSN 1335-9444.
- HULKOVÁ, V. 2010. Sestry a sústavné vzdelávanie. In *Sestra a lekár v praxi*, 3 – 4/2010, roč. IX, s. 19. ISSN 1335-9444.
- HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Praha : Grada Publishing, 2016. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.
- KILÍKOVÁ, M., NEMČOKOVÁ, A. 2006. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra a lekár v praxi*. 2006, roč. V, č. 9-10, s.22-23. ISSN 1335-9444.
- KILÍKOVÁ, M. 2015. Evidence Based Nursing - Teoretické východiská starostlivosti v psychiatrickom ošetrovateľstve. In *Starostlivosť o psychiatrického pacienta v 21. storočí*. Bratislava : SKSaPA, 2015. s. 27-34. ISBN 978-80-89542-53-6.
- MARX, David. *Bezpečí zdravotní péče – aktuální pohled na nástroje managementu rizik*. [online] 2007. [cit. 2012-10-15] Dostupné na internete : <<http://www.cнна.cz/zpravy-z-akci>>.
- MARX, David. *Mimořádné události ve zdravotnictví* [online] 2006. [cit. 2012-11-01] Dostupné na internete: <www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=328>.
- SEDLÁK, M. 2001. *Manažment*. Bratislava : Vydavateľstvo Iura Edition, 2001, 378 s. ISBN 80-89047-18-1.
- ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠKRLOVI, Petr a Magda. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Adresa autorky:

Mgr. Monika Valková
Poliklinika ProCare Košice s.r.o.,
ul. Jána Pavla II. č.5
Košice
e-mail: valkova.monika@procare.sk

MANAŽMENT RIZÍK RÓMSKEJ KOMUNITY V OŠETROVATEĽSTVE

ZAMBORIOVÁ Mária, SIMOČKOVÁ Viera

ABSTRAKT

V príspevku chceme upriamiť pozornosť na manažment rizík rómskej komunity v ošetrovateľstve na základe prezentovania zdravotného stavu Rómov.

Kľúčové slová: Manažment. Ošetrovateľstvo. Rómska komunita. Zdravotné riziká.

ÚVOD

Postoje Rómov k zdraviu sa líšia od postojov majoritnej spoločnosti v spôsobe prežívania vlastného zdravia. Rómovia chápu zdravie ako možnosť fungovať bez obmedzenia. Choroba znamená pre nich niečo zlé, nežiaduce.

Zdravotný stav Rómov je podľa dostupných zdrojov horší než zdravotný stav majoritnej populácie. Významne ho ovplyvňuje aktuálna životná úroveň s častým devastujúcim vplyvom na zdravie (Suchanová, Tirpáková, Sováriová Soósová, 2005). Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020 (Stratégia Slovenskej republiky...,2011) zdôrazňuje viaceré formy sociálneho vylúčenia obyvateľov marginalizovaných rómskych komunit. Hlavné faktory, ktoré negatívne determinujú zdravotný stav sú nižšia vzdelanostná úroveň, z ktorej môže prameniť nedostatočná úroveň zdravotného a sociálneho uvedomenia, nízky štandard osobnej hygieny, nízky štandard komunálnej hygieny, nízky štandard bývania a ekologická rizikovosť prostredia, s ktorou súvisí znečistené a zdevastované životné prostredie. Ďalej tu patria nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa, zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov aj počas gravidity, rozrastajúca sa závislosť na drogách, a tým zvýšené riziko infekcie hepatitídy B a C a vírusom HIV. Mnohým rómskym deťom sa práve v rodine neposkytnú dostatočné informácie o nebezpečenstve užívania tabakových výrobkov a alkoholu v súvislosti so zdravím (Béřešová, Rimárová, 2012).

Zdravie je u Rómov na hodnotiacej škále obvykle na tretej priečke. Pred zdravím je obvykle rodina a láska. Rodina, deti, manželstvo a komunita sú pre Rómov takmer nedotknuteľné hodnoty. Na týchto hodnotách je postavené sebedomie, status a uznanie medzi Rómami. Tradične sú nositeľmi autority starší členovia komunity, muži a niekedy starší synovia a matky. Mladí ľudia sa pod vplyvom rodinných vzorov stavajú k závislostiam už ako k súčasť životného štýlu ich rodiny (Béřešová, Rimárová, 2012).

Rómovia sa počas hospitalizácie prejavujú ako trpezliví a vytrvalí pacienti. V akútnom štádiu ochorenia sú ochotní a schopní dodržiavať liečebný režim, avšak po stabilizácii stavu a subjektívnom vnímaní jeho zlepšenia prestávajú zvyčajne spolupracovať na dodržiavaní liečebného režimu. Vzhľadom na blízky vzťah k svojej rodine, sa môžu cítiť počas hospitalizácie a choroby nesamostatní. To u nich môže vyvolať prejavy menejcennosti, ktoré sa môžu rozvinúť do agresivity resp. nechuti spolupracovať so zdravotníckym tímom. Zacharová, Šimíčková-Čížková, (2011) uvádzajú, že Rómovia často zdravotníckemu personálu nedôverujú, čo môže byť problémom pri ich ošetrovaní.

CIEĽ

Cieľom nášho šetrenia je poukázať na aktuálny stav problematiky a prognóz v oblasti zdravia a vymedziť manažment rizík rómskej komunity v ošetrovatelstve.

METODIKA

Príspevok sme spracovali na základe analýzy aktuálnej domácej a zahraničnej literatúry. Bol použitý výber štúdií európskych autorov zaoberajúcich sa transkultúrnym ošetrovatelstvom v danej krajine. Štúdie a štatistické spracovania boli publikované v recenzovaných časopisoch a vyhľadávané prostredníctvom databázy EBSCO. Užší výber bol realizovaný na základe krajiny pôvodu štúdie a kľúčových slov: statistics, transcultural, nursing, health risk, management, Roma community, Europe, Czech Republic, Slovakia.

VÝSLEDKY A PROGNÓZY

Na území Slovenska žije podľa odhadov Výskumného demografického centra (Stratégia Slovenskej republiky ..., 2011) asi 440 tisíc Rómov. V Českej republike žije podľa reálnych odhadov 250 – 300 tisíc Rómov. Šuvada (2015) spracoval vývoj počtu Rómov na Slovensku v rokoch 1893 – 2014 (obr. 1). V majoritnej spoločnosti komplikuje postavenie Rómov predovšetkým nízky stupeň vzdelania (asi 80% Rómov má iba základné vzdelanie). Medzi ďalšie faktory zhoršujúce postavenie Rómov patrí podľa Navrátila (2003) nízka pracovná spoľahlivosť, nevhodná pracovná morálka alebo nedostatočná pracovná vytrvalosť. Veľká nezamestnanosť Rómov môže viesť k zvýšenej kriminalite, asociálnemu správaniu, prostitúcii a užívaniu drog. Nevhodné bývanie, zlá životospráva a nedostatočná starostlivosť o vlastné zdravie spolu s ostatnými faktormi spôsobujú sociálne vylúčenie (Mušinka et al., 2014; Weinerová, 2014).

V kontexte Slovenskej a Českej republiky máme k dispozícii málo validných informácií o zdravotnom stave rómskej populácie. Vo viacerých správach o stave rómskej populácie na Slovensku sa však konštatuje, že v posledných rokoch, (resp. po roku 1989) sa zhoršuje zdravotný stav rómskej populácie (Stratégia Slovenskej republiky ..., 2011).

Niektoré výskumy a analýzy, ktoré prebehli, prinášajú nasledujúce zistenia:

- perinatálna a dojčenská úmrtnosť je vyššia, než je celonárodný priemer,
- stredná dĺžka života je zhruba o desať rokov kratšia,
- je vyšší výskyt infekčných chorôb, hlavne hepatitídy typu B a C (častý je i prenos z matky na dieťa),
- problémom je nižšia zaočkovanosť detí a neadekvátne využívanie zdravotných programov,
- prevažujú nedostatočné stravovacie a vyživovacie návyky (stravovanie dospelých je charakterizované nadmernou konzumáciou tučných jedál),
- predpokladá sa tiež vyššia spotreba alkoholu a následne choroby s tým spojené (cirhóza pečene, ochorenia tráviaceho traktu a pod.),
- z nedostatku hygieny prameňa choroby ako svrab a pedikulóza,
- je vyšší výskyt nehôd a úrazov (popáleniny, pády, dopravné nehody, zlomeniny, rezné rany, intoxikácie a iné),

- vysoká miera plodnosti začínajúca tehotenstvom a pôrodnosťou v nízkom veku a nedostatočná informovanosť vzhľadom k plánovaniu rodiny,
- nedostatočná prevencia gynekologických ochorení,
- absentujú vedomosti o ochrane zdravia, reprodukčnom zdraví, sexuálnom správaní, opatere detí a o osobnej hygiene.

Nepriaznivé sociálne podmienky ovplyvňujú zvýšený výskyt iných prenosných chorôb. V porovnaní s nerómskou populáciou sú podľa Bartošoviča, Hegyiho (2010) najčastejšie sa vyskytujúce infekčné nákazy: salmonelóza 3,8-krát častejšia, svrab 33-krát častejšia, pedikulóza 250-krát častejšia, hepatitída A 58-krát častejšia, hepatitída B 16,6-krát častejšia, hepatitída C 15-krát častejšia, syfilis 2,8-krát častejšia. Vírusová hepatitída typu A je závažným problémom verejného zdravotníctva. Výskyt prevažuje v lokalitách s nízkym hygienickým štandardom, najmä v oblastiach s vysokou koncentráciou rómskeho etnika. Bartošovič, Hegyi (2010) uvádzajú, že najvyššia vekovo špecifická chorobnosť sa pozoruje vo vekovej skupine 5 až 9 ročných detí. Rómska populácia patrí a patrí k rizikovej skupine z hľadiska výskytu tuberkulózy, vrchol výskytu je v mladšom veku do 40 rokov ako u ostatnej populácie. V novších štúdiách sa poukazuje na výskyt divokého vírusu poliomyelitídy v tomto etniku (Gondášová, 2008).

Na tehotenstvo a pôrodnosť v nízkom veku a nedostatočnú informovanosť vzhľadom k plánovaniu rodiny upozorňujú Bartošovič, Hegyi (2010), Simočková et al. (2006). Mladistvé matky nie sú pripravené na rodičovskú rolu. Až 82% gravidných rómskych žien nenavštevuje vôbec alebo len sporadicky prenatálnu poradňu. Pri prieskume, ktorý realizovala Simočková et al. v roku 2006, v prešovskej pôrodnici zistila, že priemerný vek rómskych prvorodičiek bol 18,6 roka a v košickej pôrodnici 20,6 roka. Čo sa týka pôrodnosti, v rómskej populácii pripadajú na jednu ženu v reprodukčnom veku zhruba 3 deti, v segregovaných rómskych komunitách až 4,6 detí. V slovenskej populácii pripadá na 1 ženu v reprodukčnom veku asi 1,2 detí (Hegyi et al. 2006). Pomerne časté sú úteky Rómkov z nemocníc po pôrode. Väčšinou tak konajú mladé a nevzdelané rómske matky zo sociálne slabšieho prostredia so slabým zdravotným uvedomením, pričom matka sa po dieťa obyčajne neskôr vráti. Hegyi et al. (2006) uvádza takéto správanie u 41,8% rómskych rodičiek. Tesne po pôrode pritom rodičkám hrozí vysoké zdravotné riziko ako je krvácanie, zápaly. V súčasnosti je tento čin

aspoň čiastočne ošetrený zákonom č. 471/2005 Z. z., ktorý hovorí, že ak oprávnená osoba po pôrode opustí dieťa v zdravotníckom zariadení bez súhlasu ošetrojúceho lekára, nevznikne oprávnenej osobe nárok na štátny príspevok. Príplatok môže žena tiež stratiť, ak počas tehotenstva neabsolvuje pravidelné lekárske kontroly. V tabuľke 1 uvádzame zistenia realizované Simočkovou (2012). Účinnosť zákona vidieť vo výraznom poklese počtu opustených rómskych detí v rokoch 2006 – 2007.

Stupák et al. (2013) upozorňujú na fakt, že neinfekčným ochoreniam Rómov sa aj napriek ich rozšíreniu venuje menej pozornosti. Patria tu geneticky podmienené ochorenia, srdcovo-cievne ochorenia a závislosti. Fakt, že slovenskí Rómovia sú populáciou s najvyšším koeficientom inbrídingu v Európe má za následok vysokú incidenciu a prevalenciu geneticky podmienených chorôb. Najčastejšími sú kongenitálny glaukóm, fenylylketonúria, galaktozinázový deficit, autozomálne dominantne dedičné polycystické ochorenie obličiek a vrodená katarakta.

Rozdielne vnímanie a prežívanie choroby u Rómov je spôsobené odlišným hodnotovým rebríčkcom. Čížková (2006) uvádza štúdiu z Masarykovej univerzity v Brne, v ktorej rómski respondenti označili za najvýznamnejšiu hodnotu rodinu (43,8%), zdravie uviedlo len 14,8 % opýtaných. Významnú úlohu v správaní Rómov zohrávajú tiež emócie. Silné emócie sa prejavujú vo vystupovaní chorých i ich príbuzných. Podľa Maryškovej (2010) najvypätejšie situácie nastávajú obzvlášť, keď ide o zdravie detí. Vtedy rodičia požadujú okamžitú pomoc, kričia, vyhrážajú sa, volajú záchranú službu i v neodôvodnených prípadoch. Stav dieťaťa nie sú schopní objektívne posúdiť. Chorobu vnímajú ako rodinnú záležitosť – problém celej rodiny.

V roku 2011 bol prijatý Rámec Európskej únie pre vnútroštátnu stratégiu integrácie Rómov, na základe ktorého vznikla Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020 (Stratégia Slovenskej republiky ..., 2011). Podpora marginálnych rómskych komunit je zameraná hlavne na štyri prioritné oblasti – vzdelávanie, zamestnanosť, zdravie, bývanie a tri vzájomne súvisiace problémové okruhy: chudoba, diskriminácia a rovnosť pohlavia.

Program zdravia Rómov, ktorý podporuje hlavne vybudovanie centier osobnej hygieny bol podľa Gulásovej et al. (2012) zavedený v niektorých regiónoch Slovenska. Vďaka nemu sa výrazne zlepšuje hygienická situácia v rómskych osadách.

DISKUSIA

Je známe, že prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti je horší ako u ostatného obyvateľstva. Ošetrovanie rómskych pacientov býva často pre zdravotníckych pracovníkov po psychickej stránke veľmi náročné. Najväčším problémom je nedôvera medzi zdravotníckym pracovníkom a Rómom ako pacientom. Ďalším problémom je aj komunikácia medzi zdravotníkmi a príbuznými pacienta. Veľmi dôležité je zistiť komu môžeme poskytnúť informácie o zdravotnom stave, s kým môžeme z rodiny pacienta jednať. Gulášová et al. (2012) uvádza, že Rómovia pociťujú značný strach z bolesti a zo smrti, aj keď ich zdravotný stav nie je vážny. Bývajú často emotívni, často nahlas stonajú. Ženy bývajú často úzkostné a ťažko znášajú svoju hospitalizáciu.

Neinfekčným chorobám dospeljej rómskej populácie sa venuje málo pozornosti. Faktory životného štýlu (fajčenie, obezita) vplyvajú na ischemickú chorobu srdca. Podľa Bartošoviča a Hegyiho (2010) je v rómskych osadách výskyt fajčiarov u mužov i žien až 100-percentný. Výsledky výskumu Bérešovej a Rimárovej (2012) v súbore rómskych detí vo veku 10-16 rokov z okresu Košice-okolie vypovedajú o tom, že 54% oslovených detí má prvú skúsenosť s fajčením už vo veku 12,2 rokov. V rodinách oslovených detí fajčí dedko aj otec (authority) v 39%, mama a stará mama fajčia v 35% rodín. Skoro každý deň je v miestnosti s dospelým fajčiarom 37% oslovených detí. Podľa štatistickej analýzy preukázali autorky v skúmanom súbore, že fajčenie otca aj starého otca v domácom prostredí významnou mierou ovplyvnilo prvú skúsenosť respondentov s fajčením.

Gulášová et al. (2012) poukazuje na rôzne faktory ako napr. vysoká spotreba tučného mäsa a údenín, naopak nízka spotreba celozrnných výrobkov, mlieka, ovocia a zeleniny. Srdcovo- cievne ochorenia často ohrozujú Rómov v mladšom veku z dôvodu hypertenzie a obezity. Sinaiová a Ondriová (2009) prezentujú štúdie zdravotného stavu rómskych detí, v ktorých poukazujú na vyšší výskyt diabetes mellitus a hypertenzie.

Pre rómskych pacientov je príznačné, že systematicky porušujú dodržiavanie liečebného režimu napríklad fajčením na oddelení, nepovolením opúšťaním, časté sú úteky počas hospitalizácie – typické hlavne pre pôrodnické pracoviská (Simočková et al., 2008), prípadne odchody na vlastnú zodpovednosť. V domácom prostredí chorí neužívajú lieky, požívajú alkoholické nápoje, ignorujú kontroly u ambulantného lekára. Ošetrovanie rómskych

pacientov býva pre zdravotníkov pomerne náročné najmä po psychickej stránke. Najväčší problém spočíva v nedôvere Rómov k zdravotníkom. Zle sa orientujú v hierarchii zdravotníckych pracovníkov, uznávajú len najvyššie postaveného. Problémom býva tiež komunikácia a spolupráca s rodinou pacienta. Hromadné návštevy celého príbuzenstva spôsobujú chaos a nepochopenie zo strany personálu, ale aj spolupacientov. Riziko šírenia infekčných ochorení vzhľadom k ich spôsobu života, ako aj vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti, je ďalším vážnym problémom. Môžeme konštatovať, že ošetrovateľské povolanie predstavuje dlhú a náročnú cestu profesionálneho rastu sestier i v tejto oblasti (Štefková, G., Zamboriová, M., 2016).

ZÁVER

Zdravotnícki pracovníci by mali apelovať u Rómov na zmenu životného štýlu v rámci možnosti rodiny a zdôrazniť prípadné negatívne následky, ktoré z nedôsledného plnenia zdravotníckych opatrení môžu vyplynúť. Hodnotenie kvality života sa stáva výsledkom záujmu o poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti (Raková, 2010, s. 300) a zároveň prináša poznatky pre rozvoj v oblasti sociálnej starostlivosti. Pri každom vysvetľovaní a edukácii by mali sestry dbať na to, aby im rómski pacienti rozumeli, preto by mali voliť takú terminológiu, ktorej rómski pacienti porozumejú. Medzi najdôležitejšie faktory patrí získanie dôvery Rómov.

Nezastupiteľnou úlohou ošetrovateľstva je rozvoj dlhodobej starostlivosti v komunite so zreteľom na zachovanie rodinných väzieb (Dimunová, Dankulincová Veselská, Stropkaiová, 2013). Pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutné poznať špecifiká rómskej populácie pre efektívny manažment rizík. Poznanie základných znakov a špecifik je základom pre vzťah založený na vzájomnej úcte a rešpekte. V živote rómskej populácie je mnoho rizikových faktorov, ktoré negatívne ovplyvňujú ich zdravie. Ako možnosti riešenia zlého zdravotného stavu Rómov vidíme tieto atribúty:

- motivácia a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v rómskej otázke,
- realizácia prieskumu zdravotného stavu obyvateľov v rómskych osadách,
- ovplyvnenie rizikových faktorov prostredia,
- zdravotno-výchovné aktivity,

- preventívne prehliadky,
- zvýšenie očkovania detí žijúcich v rómskych osadách,
- zriadenie štatútu rómskeho zdravotno-sociálneho asistenta a iné.

Zdravotnícky personál musí k rómskym klientom pristupovať individuálne, nekritizovať ich pred ostatnými, nebáť sa podporiť chorého prostredníctvom dotyku, ktorý vzbudzuje dôveru (Příručka pro jednání ..., 2007). Uspokojenie potrieb rómskych pacientov je špecifické. Čo z pohľadu zdravotníkov vnímame ako problém, nemusí byť pre rómskeho pacienta problémom. Sila rodinnej tradície, kultúry rómskej komunity je pre Rómov nenahraditeľná a veľmi významne determinuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BARTOŠOVIČ, I., HEGYI, L. 2010. Zdravotné problémy rómskeho etnika. In *Lekársky obzor*. ISSN 0457-4214, 2010, roč. LIX, č. 4. Dostupné na: <www.herba.sk>.
- BÉREŠOVÁ, A. – RIMÁROVÁ, K. 2012. *Rola autority v sociálnom prostredí rómskych detí vo vzťahu k užívaniu tabaku, alkoholu a drog*. In Alena Vališová a kol.: *Autorita v edukačnej a sociálnej práci*. Univerzita Pardubice, 2012, str. 399-405. ISBN 978-80-7395-507-6.
- ČÍŽKOVÁ, M. 2006. *Romové a péče o zdraví*. Diplomová práce. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií. 2006. 74 s.
- DIMUNOVÁ, L., VESELSKÁ DANKULINCOVÁ, Z., STROPKAIIOVÁ, S. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionálnej starostlivosti. In *Ošetrovateľstvo – teória, výskum, vzdelávanie*. [online]. Martin : Osveta, 2013. [cit. 2017-04-02]. Dostupné na: <http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2013/2013-rocnik-3-cislo-1.pdf>.2013, roč.3, č.1 ISSN 1338-6263. s. 19 – 24.
- GONDÁŠOVÁ, I. 2008. *Zdravie rómskych žien v osadách a možnosti zlepšenia*. In *Regionálny úrad verejného zdravotníctva*. [online]. Zvolen : Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom vo Zvolene, 2008. [cit. 2016-04-02]. Dostupné na: <www.ruvzzvolen.sk/doc/zdravie_romskych_zien.doc>.

- GULÁŠOVÁ, I. et al. 2012. Úlohy ošetrovateľstva, sociálnej práce a verejného zdravotníctva v rómskych segregovaných komunitách. In *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta*. [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2012. [cit. 2016-04-02]. s. 115 – 120. Dostupné na: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Istonova2>>. ISBN 978-80-555-0512-1.
- HEGYI, L. et al. 2006. *Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo*. Bratislava : Herba, 2006. s. 18-20.
- MARYŠKOVÁ, A. 2010. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č. 2, s. 26-27.
- MUŠINKA, A. et al. 2014. *Atlas romských komunit na Slovensku 2013*. Bratislava : UNDP, 2014. ISBN 978-80-89263-18-9.
- NAVRÁTIL, P. 2003. *Romové v české společnosti*. Praha : Portál, 2003. 220 s. ISBN 80-7178-741-8.
- Příručka pro jednání s romskou komunitou v oblasti zdravotních služeb*. 2007. [online]. Fundación Secretariado Gitano. 2007 [cit. 2017-03-02]. Dostupné na: <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_cs.pdf>.
- RAKOVÁ, J. 2010. Kvalita života pacienta vo vzťahu k ošetrovateľskej starostlivosti podľa ošetrovateľského konceptuálneho modelu. In *Globalizácia a kvalita života a zdravia*. Košice : EQUILIBRIA, 2010, s. 300-305.
- SIMOČKOVÁ, V. 2012. Kultúrne odlišnosti v oblasti reprodukčného zdravia. In *Sestra : Odborný časopis s recenzovanou prílohou pre sestry, pôrodné asistentky, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*. Bratislava : ECOPRESS, a. s. ISSN 1335-9444, 2012, roč. XI., č. 11-12, s. 23-25.
- SIMOČKOVÁ, V. et al. 2008. Opustení rómski novorodenci v zdravotníckych zariadeniach. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, 2008, roč. XIII./LVII, č. 18, Lekárske listy č. 18 : Odborná príloha zdravotníckych novín, s. 14.
- SIMOČKOVÁ, V. et al. 2006. Postoj Rómok k tehotnosti a pôrodu. In *Nové trendy v ošetrovatelství 5. : Jihočeské ošetrovatelské dny*. Ed. V. Tóthová, G. et al. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 465 s. ISBN 80-7040-884-7, s. 356-359.

- SINAIOVÁ, A., ONDRIOVÁ, I. 2009. História a zdravie rómskej populácie. In *Molisa 6*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009. ISBN 978-80-555-0048-5, s. 227-230.
- Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020*. 2011. Bratislava : Úrad vlády Slovenskej republiky, 2011.
- STUPÁK, M. et al. 2013. Zdravotný profil marginalizovaných rómskych komunít na Slovensku. In *Zborník odborných a vedeckých príspevkov projektov zo ŠF EÚ*. Košice : UPJŠ v Košiciach, 2013. 298 s. ISBN 978-80-8152-073-0, s. 85-90.
- SUCHANOVÁ, R., TIRPÁKOVÁ L., SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. 2005. Vplyv chudoby na zdravie. In *Sestra*, ISSN 1335-9444, 2005, roč. 4., č. 10, s. 12-13.
- ŠTEFKOVÁ G., ZAMBORIOVÁ. M. 2016. Vzdelávanie sestier v kontexte Bolonskej deklarácie. In *Zborník Posolstvo Jána Pavla II. 2016: Súčasná výzvy a trendy*. Ružomberok: Verbum, 2016. 1296-1299 s. ISBN 9788056103692.
- ŠUVADA, M. 2015. *Rómovia v slovenských mestách*. Bratislava : POMS, 2015. 168 s. ISBN 978-80-8061-828-5.
- WEINEROVÁ, R. 2014. *Romové a stereotypy*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2014. 119 s. ISBN 978-80-246-2632-1.
- ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.



Obr. 1 Vývoj počtu Rómov na Slovensku v rokoch 1893 – 2014 (Zdroj: Šuvada, 2015)

Tab. 1 Počet opustených rómskych detí

Položky	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
CPP	1321	1307	1319	1227	1261
PR	499=38 %	446=34 %	398=30 %	414=34 %	453=36 %
OD	163= 33 %	167= 37 %	178= 45 %	56=14 %	75=16,5 %

Legenda

CPP – Celkový počet pôrodov

PR – Pôrody Rómov

OD – Opustené rómske deti

Kontakt

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD. mim. prof.

Univerzita P. J. Šafárika

Lekárska Fakulta

Ústav ošetrovateľstva

040 01 Košice

E-mail: maria.zamboriova@upjs.sk

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

RECENZIE

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Recenzia

Dielo: Ošetrovateľstvo 2020-trendy, zmeny a budúcnosť.

Zostavovateľ: doc. PhDr. Viera Hulková, PhD.,

Autor: Kolektív autorov.

Charakter: zborník vedeckých prác.

Zborník je syntézou viac ako 20 príspevkov odborných a vedeckých pracovníkov v odbore ošetrovateľstvo, verejné zdravotníctvo a sociálna práca. Rukopisy majú štandardnú odbornú úroveň a spracované sú aktuálne témy zdravotnej starostlivosti v zahraničí a na Slovensku. Príspevky sú originálne a správne uplatňujú techniku citovania a parafrázovania. Charakterizujem ich ako aktuálne, ktoré sú predmetom skúmania a vedeckej diskusie. Citované a parafrázované sú aktuálne zdroje poznania, v časovej retrospektíve ich vydania maximálne 10 rokov dozadu. Rozsah príspevkov bol limitovaný. Vizualizácia a grafika ilustrácii spĺňa štandardné požiadavky. Dielo je zostavené prehľadne, logicky a zrozumiteľne. Úroveň spracovania nevykazuje jazykové nedostatky. Štylistika, gramatika a pojmy boli obsahom kvalitného posúdenia a diskusie s autormi príspevkov. Dielo ako celok je prínosom pre obor ošetrovateľstvo. Odporúčam evidovať ako kategóriu publikácie AED.

V Rožňave, 30.04.2017

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.,
recenzent

Recenzent: doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č. 1, 040 66 Košice
e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

Publikácia: „Ošetrovateľstvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť“

Predložený vedecký zborník zahŕňa 23 výstupov v podobe príspevkov vedeckej a odbornej činnosti autorov z rôznych krajín. Ústrednou témou sú aktuálne trendy a zmeny, ktoré odzrkadľujú potrebu vychádzajúcu z podmienok rozvoja odboru ošetrovateľstva a klinickej praxe. Ďalšou významnou oblasťou je tematika zameraná na špecifiká poskytovania multikultúrnej starostlivosti a kúpeľnú starostlivosť.

V zborníku sú uvedené príspevky odborného a vedeckého charakteru tematicky zamerané na nové trendy a bezpečnosť zdravotnej starostlivosti, kúpeľníctvo a na špecifiká poskytovania zdravotnej starostlivosti u kultúrne odlišných etník.

V rámci problematiky *nových trendov a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti* sú uvedené príspevky zamerané na validáciu hodnotiacich a meracích nástrojov v ošetrovateľstve. Hodnotiace nástroje sa využívajú v rámci získavania informácií o pacientovi a sú súčasťou dokumentácie v ošetrovateľskej praxi. Dokumentácii, jej praktickému využívaniu, možným chybám a informačnému systému podporujúcemu ošetrovateľskú dokumentáciu sa venovali ďalšie príspevky. Sledovanú problematiku dopĺňa príspevok zameraný na kompetencie sestier. Aktuálnou problematikou riešenou v celej Európe je bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Zaujímavá bola aj samotná SWOT analýza manažmentu rizík.

Príspevky v oblasti *kúpeľnej starostlivosti* taktiež upriamujú pozornosť na nežiadúce udalosti v kúpeľných zariadeniach. Zaujímavé sú poznatky a zistenia o vplyve kúpeľnej liečby na zdravotný stav klientov s dg. diabetes mellitus. Príspevky ponúkajú aj prehľad záujmu klientov o edukačné a preventívne programy realizované v rámci kúpeľnej starostlivosti.

Špecifikám poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa autori venujú v príspevkoch zameraných najmä na rómsku kultúru. Informujú o manažmente rizík rómskej komunity a edukácii rómskych detí o problematike fajčenia ako súčasti komunitne orientovaného ošetrovatel'stva.

Celkovo je predložený vedecký zborník príspevkov logicky štruktúrovaný, prehľadne spracovaný, napísaný zrozumiteľným jazykom, vhodne doplnený obrázkovou dokumentáciou. Použitá literatúra v jednotlivých príspevkoch je aktuálna a využíva domáce aj zahraničné bibliografické pramene. Zborník vedeckých prác je určený odbornej verejnosti a zdravotníckym pracovníkom z rôznych klinických disciplín.

Vzhľadom na úroveň spracovaných príspevkov, možno konštatovať, že zborník vedeckých prác pod názvom „Ošetrovatel'stvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť“ vydaný v Piešťanoch je cenným a relevantným zdrojom informácií pre odbornú a laickú verejnosť.

V Košiciach, 29.4. 2017

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

ISBN 978-80-8132-166-5

SLOVENSKÉ LIEČEBNÉ KÚPELE PIEŠŤANY, a. s.

**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava
detašované pracovisko bl. Sary Salkaháziovej v Rožňave**

Ústav sv. Jana N. Neumanna, Příbram, Česká republika

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice