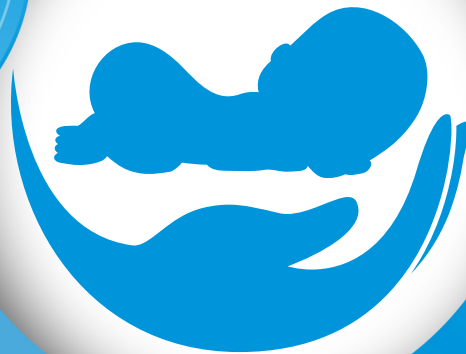


OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

ČASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
PROFESSIONAL JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY

05
2016

ISSN 1339-5920



**Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek**

e-časopis Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia

Predseda redakčnej rady / Editor-in-Chief

PhDr. Lukáš Kober, PhD.
casopis.sksapa@gmail.com

Redakčná rada / Editorial Board

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.
Mgr. Ivana Harvanová, PhD.
Mgr. Jana Lacenová
Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
PhDr. Libuša Repiská, PhD., MHA
Mgr. Jana Slováková, PhD.
PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

Medzinárodná redakčná rada / International Editorial Advisory Board

Prof. dr sci. med. Vida Živanović
Medical College of Professional Studies Belgrade, Serbia
Assoc. Prof. Natalia Shygonska, PhD., RN
Zhytomyr Nursing Institute, Ukrainian scientific and practical journal Master of Nursing, Ukraine
dr n. med. Ewa Molka, RN
Journal of modern nurses and midwives, Poland
MA. Renata Mroczkowska, RN
Journal of modern nurses and midwives, Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze, Department of Cardiology, Congenital Heart Diseases and Electrotherapy with the Division of Pediatric Cardiology, Medical University of Silesia in Katowice, Poland
mgr Wojciech Nyklewicz
Journal of modern nurses and midwives, Poland
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Department of Nursing, 2nd Medical Faculty of Charles University, Faculty Hospital Motol, Prague, Czech Republic
PhDr. Renáta Zoubková, RN
University of Ostrava, Department of Intensive Medicine and Forensic Studies, Czech Republic
Andy Gibbs, BSc (Hons), MSc, PGCert, RN
Glasgow Caledonian University, Scotland UK
Dr. Alice Coffey, PhD, M.Ed, BA, RGN, RM, RNT.
Director of Globalisation and Internationalisation / College Lecturer, Leader of Healthy Ageing Research Theme, Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Sciences Complex, University College Cork, Cork, Ireland
Josip Božić, MSN, RN, specialists in anesthesia activities
President of the Expert Society for the Suppression of pain (Croatian Nurses Pain Society).
School for Nurses, Zagreb, Croatia
Prof. Oleh Lyubinets, M.D., Ph.D.
Head of Department of Public Health Management, Faculty of Postgraduate Education Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Vydáva / Published by

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71
821 06 Bratislava

Dátum prvého vydania: 28. február 2014
IČO vydavateľa: 37 999 991
Tel. 02/4020 2066, fax. 02/4020 2064
sksapa@sksapa.sk
www.sksapa.sk

Kontrola textu / Text checking

Mgr. Jana Lacenová
PhDr. Katarína Kovalčíková

Grafická úprava / Graphics

Ing. Peter Grejták

Informácie / Informations

Periodicita 6 x ročne
Predplatné na rok 2016 je 6 EUR.
Bezplatný pre členov SKSaPA.
Dostupný na web stránke:
<http://www.sksapa.sk>

Indexácia / Indexation

Bibliographia medica Slovaca

Citačná databáza / Citation database

CiBaMed

Pokyny pre autorov / Instructions for authors

<http://www.sksapa.sk/obsah/ostatne-podsekcie/o-casopise.html>

Redakcia si vyhradzuje právo na formálnu úpravu príspevkov a ich prípadné skrátenie.
Uzavierka čísla: 01. 10. 2016
Dátum vydania: 31. 10. 2016

Vo Vysokých Tatrách sa konala konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek „Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia v procese zmien“	08 - 10
Za útok na zdravotníka bude vyšší trest	11
Odborníci na ošetrovateľstvo nesúhlasia s vrátením vzdelávania sestier späť na stredné školy	11
Sestry a pôrodné asistentky žiadajú ministra zdravotníctva, aby zastavil výhodný biznis v zdravotníctve	12
SK SaPA: Návrh rozpočtu pre rok 2017 je zlou správou pre pacientov aj zdravotníkov	12 - 13
Zatraktívnenie povolania sestry sa nedá urobiť bez úpravy plátov	13
Slovenské ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia v procese zmien	14 - 15
Dánsky Magazín ALT nominoval na tohtoročné dámske ocenenie „Žena 2016“ všetky Dánske sestry	15
Bezpečnosť ošetrovateľského personálu je dôležitá pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o pacientov, hovorí pracovné Fórum ICN	16
Vzťah sestra – lekár s dopadom na pacienta	17 - 21
Možnosti konzervácie odobratých obličiek určených k transplantácii	22 - 25
6 th International Conference for Psychiatric nurses with participation of Visegrad Four Member States	26 - 27
Uplatnenie hodnotiacich škál pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti gerontopsychiatrickému pacientovi	28 - 34
Psychologické dôsledky prežitých traum v koncentračných táboroch	35 - 39
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA v roku 2016	40 - 41

Suplementum Vedecká recenzovaná časť

Ošetrovateľstvo a informačno - komunikačné technológie	42 - 49
Edukace žáků střední zdravotnické školy v European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2015	50 - 53
Využití standardizovaných škál pro hodnocení výživy u seniorů v sociálním zařízení	54 - 57
Adaptační proces zdravotnických záchranářů v podmínkách Zdravotnické záchranné služby ČR	58 - 63
The importance of informing a patient with postoperative pain when using continuous epidural analgesia?	64 - 67

PARTNERI



**O krok d'alej
pre zdravie**

PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

Pismo nowoczesnej pielęgniarki i położnej

Doprajte pocit zdravej pokožky svojim pacientom

Kozmetika **Menalind® professional**
pre zrelú a citlivú pokožku.



- **Nutriskin Komplex**
Prispieva k lepšej elasticite kože
a podporuje jej regeneráciu.
- **Emulzia voda v oleji**
Zaisťuje dlhodobú a hĺbkovú
hydratáciu pokožky.
- **Vyvážené pH 5,5**
Nedráždi pokožku a udržiava ju zdravú.



 **Inkontinencia**

Pre viac informácií volajte na bezplatnú
linku **0800 100 150** alebo navštívte **www.hartmann.sk**



**O krok ďalej
pre zdravie**

Príhovor

Vážené kolegyně,
vážení kolegovia,

máme za sebou letné mesiace a aj v tomto roku nás čaká náročná jeseň. Je toho veľa, čo sme za uplynulé obdobie robili na Komore. Okrem bežnej činnosti Komory by som mohla hovoriť o pripomienkovaní legislatívy, tuctoch pracovných stretnutí, reprezentovaní sestier na domácich a zahraničných odborných podujatiach, mediálnej komunikácii, atď. Z môjho pohľadu bola jedna z najdôležitejších udalostí pre sestry za posledné obdobie práve medzinárodná konferencia „Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia v procese zmien,“ ktorú v dňoch 23.-24. septembra 2016 organizovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek v Novom Smokovci vo Vysokých Tatrách.

Táto konferencia bola zo strategického hľadiska veľmi dôležitá pre ošetrovatelstvo na Slovensku, aby sme si mohli ujasniť, kde sme a kam smerujeme. Hlavnou témou podujatia bola téma kompetencií a vzdelávania v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii, ale diskutovali sme aj o viacerých aktuálnych témach a problémoch ošetrovatelstva v klinických odboroch a multiodborovej kooperácii zdravotníckych odborov. Je pre nás veľkou ctou, že tohtoročná medzinárodná konferencia sa konala pod záštitou Slovenského predsedníctva v Rade Európskej únie, Európskej federácie sestier a ministra zdravotníctva Slovenskej republiky Tomáša Druckera. Na odbornom podujatí sa zúčastnilo vyše 170 sestier a pôrodných asistentiek z regiónov z celého Slovenska, predstavitelia štátnych inštitúcií, odborníci z akademickej obce, ale aj viacerí pozvaní čelní predstavitelia organizácií združujúcich sestry zo zahraničia. Na podujatí sa okrem iných zúčastnili sestry z Českej republiky, Poľska, Chorvátska, či Ukrajiny. Tento rok na konferenciu prijal pozvanie aj generálny tajomník Európskej federácie sestier Dr. Paul de Raeve, ktorý pozdravil nielen účastníkov konferencie, ale aj všetky slovenské sestry.

Veľmi ma teší, že z podujatia, okrem iného, vyplynulo, že Slovensko má jeden z najlepších systémov vzdelávania sestier v Európe a bolo by veľkou chybou ho úplne vrátiť z vysokých škôl späť na stredné školy. Odborníci sa jednoznačne zhodli v tom, že problém nie je vo vzdelávaní, ale v tom, že sestry potrebujú lepšie podmienky pre vykonávanie ich práce. Osobne si nemyslím, že Slovenská republika má zle nastavené vzdelávanie sestier, alebo žeby sme boli horší ako ostatné krajiny v Európskej únii, práve naopak, máme byť na čo hrdí. Aj čo sa týka hodnotenia sústavného vzdelávania sestier, patríme k špičke Európskej únie.

Najbližšie nás čaká pripomienkovanie návrhu rozpočtu pre rok 2017, ktorý aj v tomto roku, žiaľ, nepočíta s finančnými prostriedkami na úpravu miezd zdravotníkov. V novembri zase organizujeme pracovné stretnutie regionálnych prezidentov a hospodárov Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Držte nám palce, aby aj v tomto roku bolo pracovné stretnutie prínosné pre regióny a sestry.



Mgr. Iveta LAZOROVÁ, dipl. p.a.
prezidentka SK SaPA

Editoriál

Čas ubieha tak rýchlo, že si ho prestávame miestami uvedomovať, a len tak bez povšimnutia nám ubiehajú dni, mesiace a roky. Často zabúdame na maličkosti všedného života, radosti a úspechy nás samotných, či našich najbližších. Nevšímame si úspechy svojej práce, malé krôčiky našich pacientov k veľkému cieľu, ktorým je uzdravenie a oslobodenie sa od útrap choroby, či bolesti. Dennodne upierame svoju pozornosť na médiá, či už je to televízia alebo internet. Nasávame informácie z politiky, zahlcujú nás makroekonomické ukazovatele, nešťastia, neúspechy, kauzy a kritika. Ľudia sa stávajú strojmi, ba priam otrokmi okolitého moderného sveta, prestávajú vnímať iných, stávajú sa centrom vesmíru vlastného života bez vlastného názoru a identity. Sme poslušní voči našim politikom, sme poslušní voči našim nadriadeným, ale ako povedal Henry David Thoreau „Neposlušnosť je základom slobody. Poslušní zostanú otrokmi.“ Takýto „moderný“ spôsob života však prináša do našich životov stále viac nešťastia, frustrácie a beznádeje. Do beznádeje, až frustrácie sa dostali desiatky sestier, ktoré aj naďalej ostali bez práce po snahe a ochote bojovať za lepšie postavenie sestier počas hromadných výpovedí. Tento stav trvá dodnes a podpísal sa aj na vzťahoch na dotknutých pracoviskách. Zlyhali sme jednoznačne na neochote a neschopnosti postaviť sa za seba a vlastné kolegyne a kolegov. Sme v stave zapredať vlastné vzdelávanie a nevieme prijať zmeny, lebo nerozumieme vlastnej profesii. Či si hádam niekto myslí, žeby návrat vzdelávania sestier na stredné školy pomohol doplniť chýbajúci stav sestier v systéme, alebo udržal tam tie, ktoré tam už sú? V systéme máme aj nedostatok lekárov, prečo neskrátiť štúdium medicíny na tri roky? Možno by sme mali viac lekárov, ale o kvalite a bezpečnosti starostlivosti by sme hovorili nemohli. My sestry trpíme stavovským komplexom, ktorý nás netrápi, ak si to nepripustíme, alebo nás vnútorne zožiera a veľmi hnevá, ale čo s tým, radšej neurobíme nič. Je chybou čakať, že sa naše problémy vyriešia samé. Je však chybou kritizovať tých, čo problémy riešiť chcú. Kritikou je vždy potrebné začať od seba, následne dokázať svoju vôľu a odhodlanie a prejsť od reči k činom. Budme vďační, že Slovenské ošetrovatelstvo má sestry a pôrodné asistentky, ktoré dokážu prejsť od slov k činom. Na záver si dovoľím odcitovať neznáameho autora: „Bez ohľadu na naše želania nám život občas diktuje svoje zákony a pravidlá. Každý človek má právo sa rozhodnúť, či ich prijme, alebo nie. Platí však, že neznalosť nezbavuje zodpovednosti. A preto každý človek sám zodpovedá za svoje činy a svoje rozhodnutia...“. Nezabúdajme, čím viac prekážok, tým väčšia radosť v cieľi.



Moje úvodné slová sú z časti aj pozvánkou na prečítanie si tém, ktoré sa venujú problematike duševného zdravia. Aktuálna, ale spoločnosťou stále stigmatizovaná téma. V mene Redakčnej rady Vám ďakujem za Váš čas, ktorý strávite pri listovaní stránok, ktoré vždy s radosťou a ochotou pripravujeme v spolupráci so všetkými autormi pre Vás, čitateľov.

PhDr. Lukáš KOBÉR, PhD.
predseda redakčnej rady

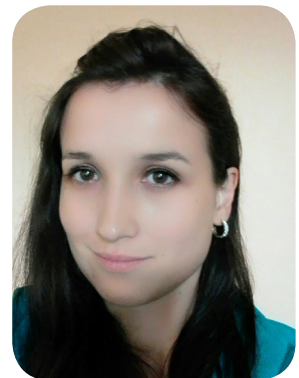
Editoriál

Vážení čitatelia,

Keď mi bola zverená úloha napísať editoriál k tematickému číslu z oblasti psychiatrického ošetrovateľstva, považovala som toto oslovenie za veľmi významné. Rozmýšľala som, ako sa prihovoriť a osloviť vás, milé kolegyně a kolegovia. Práca sestry na pracoviskách psychiatrie je naozaj jedna z náročných a priniesť aj odborné, a vysoko vedecké výsledky v tomto smere je naozaj otázka hlbokoj zanietenosti a prehľadu v tomto smere. V období, keď sa riešia otázky vzdelávania sestier, vymedzovania kompetencií sestier a potreby skvalitňovať ošetrovateľskú starostlivosť, je snaha poskytnúť aj pohľad na psychiatrické ošetrovateľstvo v procese zmien. Súčasný trend rozvoja medicíny, psychiatriu nevynímajúc, poskytuje optimálne sofistikované riešenia pre zdravotné problémy pacientov. Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii SK SaPA aktívne podporuje odborný rast a profesijný rozvoj sestier pravidelným organizovaním celoslovenských konferencií aj s medzinárodnou účasťou najmä v kontexte krajín V4, kde prebehol v poradí už 6. ročník v Budapešti.

Teším sa skutočnosti, že odborný záujem sestier sa posúva ku komplexnejšiemu a globálnejšiemu riešeniu problémov v zdravotno-sociálnom kontexte so záujmom hľadať odpovede na výzvy psychiatrického ošetrovateľstva v podpore duševného zdravia. Priestor na vyjadrenie optimálnych a v praxi využiteľných návrhov v oblasti starostlivosti o duševné zdravie ponúka aj členstvo v Rade duševného zdravia MZ SR v zastúpení členky výboru sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii Mgr. Júlie Molnárovej. Rada duševného zdravia je poradný orgán ministra zdravotníctva a MZ SR pri tvorbe a realizácii Národného programu duševného zdravia a svojou činnosťou koordinuje a vyhodnocuje plnenie úloh tohto programu.

Verím, že deklarovanie požiadaviek v riešení aktuálnych a najpálčivejších problémov nielen psychiarických sestier bude smerovať k automnomnému výkonu psychiatrickej ošetrovateľskej praxe, ktorou sa môže výrazne ovplyvniť kvalita zdravotnej starostlivosti.



*Mgr. Martina Dubovcová, PhD.
predsedníčka Sekcie sestier
pracujúcich v psychiatrii pri SKSaPA*

Z činnosti Slovenskej Komory Sestier a Pôrodných Asistentiek

VO VYSOKÝCH TATRÁCH SA KONALA KONFERENCIA SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK „OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA V PROCESE ZMIEN“

Druhý ročník konferencie s medzinárodnou účasťou organizuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek spolu s Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry. Na odbornom podujatí sa zúčastňuje vyše 170 sestier a pôrodných asistentiek, vrátane pozvaných významných hostí zo Slovenska a zahraničia. „Táto konferencia je zo strategického hľadiska veľmi dôležitá pre ošetrovateľstvo na Slovensku, aby ujasnili, kde sme a kam smerujeme,“ povedala v úvode prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek je veľmi poctená, že tento rok prijal pozvanie generálny tajomník Európskej federácie sestier Dr. Paul de Raeve. „Všetkých Váš srdečne zdravím. Som veľmi šťastný, že vás tu všetkých vidím, pretože vy ste tu preto, aby ste navrhli, ako sa bude vyvíjať budúcnosť sestier na Slovensku. Som veľmi rád, že tu vidím kolegov z Poľska, Chorvátska, Českej republiky, a som veľmi rád, že prvý krát vidím sestru z Ukrajiny,“ povedal v úvode Dr. P. de Raeve. Slovenské sestry prišla osobne pozdraviť prezidentka Hlavnej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Zofia Malas či predseda chorvátskej spoločnosti sestier pre liečbu bolesti Josip Bozic. Podujatie vo Vysokých Tatrách označila za výborný formát členka prezídia Českej asociácie sestier Mgr. Veronika Di Cara, ktorá sa zvlášť tešila na zaujímavú diskusiu. „Veľmi som rada, že som tu dnes s vami. Všetkým želám veľa nadobudnutých odborných pracovných skúseností a veľa šťastia do budúcnosti pri ich uplatňovaní do praxe,“ povedala v príhovore docentka Natalia Shygonska, PhD. z Ošetrovateľského inštitútu v Zhytomyre na Ukrajine.

Pozdrav od ministra zdravotníctva Tomáša Druckera účastníkom podujatia odovzdal generálny riaditeľ Sekcie zdravia na Ministerstve zdravotníctva SR MUDr. Boris Bánovský. Šéf rezortu zdravotníctva podľa jeho slov chce pokračovať v diskusii



so SK SaPA so samotnými sestrami, vyjadruje podporu konferencii a všetkým účastníkom žela efektívne jednanie, ešte lepšiu diskusiu a najlepšie závery, ktoré by sa dali preniesť do praxe. Na konferencii sa osobne zúčastnila aj nová ministerská sestra PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., ktorá sa účastníkom v úvode priznala, že prežíva veľkú zodpovednosť, úctu a možno aj strach a obavu, či naplní všetky očakávania, ktoré vidí v očiach sestier a číta z ich mejlov. „Za toto miesto, na ktorom momentálne som, vďačím vašej viere v moje schopnosti. Som si vedomá toho, že človek nedokáže nič sám, spolu dokážeme meniť svet, meniť veci a ja verím, že sa nám to spolu podarí. Bola by som rada, keby ste ministerskú sestru vnímali ako niekoho, kto je vašim zástupcom, kto deklaruje vaše požiadavky, a kto presadzuje záujmy k tomu, aby sesterské povolanie získavalo atraktivitu, a aby bolo povolaním, ktoré bude zaujímavým povolaním v rámci zdravotníckych povolaniach,“ uviedla v príhovore riaditeľka odboru ošetrovateľstva na MZ SR PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

Veľké poďakovanie patrí partnerom podujatia, vďaka ktorým bolo možné zorganizovať odborné podujatie v hoteli Átrium v Novom Smokovci. Hlavným partnerom podujatia je spoločnosť Artspect. Organizátori taktiež ďakujú aj ostatným partnerom podujatia za pomoc: spoločnosti BH Komplet, Sarstedt, Zepter Slovakia, Schulke, PuliMedical, Ares, MultiMam, SACR (Slovenskej agentúre cestovného ruchu), mestu Levoča, mestu Vysoké Tatry, mestu Kežmarok, a spoločnosti Steiger. V neposlednom rade ďakujeme za spropagovanie podujatia mediálnym partnerom: odbornému časopisu Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, odbornému časopisu Pielegniarstwo Specjalistyczne (pielegniarstvo špecialistyczne), ukrajinskému vedeckému a odbornému časopisu „Master of nursing“, odbornému časopisu pre nelekárskych zdravotníckych pracovníkov Florence.





ZA ÚTOK NA ZDRAVOTNÍKA BUDE VYŠŠÍ TREST

(25.10.2016; www.mediweb.hnonline.sk; Aktuálne, 14:17, s. -; redakcia)

Ak niekto napadne zdravotníckeho pracovníka pri výkone jeho povolania, sudca sa bude pozerat' na takýto útok prísnejšie. Poslanci dnes totiž schválili v rámci návrhu zákona o uznávaní a výkone majetkového rozhodnutia vydaného v trestnom konaní v Európskej únii právnú úpravu, podľa ktorej zdravotnícky pracovník pri výkone svojho povolania dostáva štatút chránenej osoby v zmysle Trestného zákona.

Zákon vítajú najmä záchranári, len za uplynulé tri roky bolo zdokumentovaných 32 prípadov napadnutí zdravotníckych pracovníkov v posádkach záchranej zdravotnej služby. Išlo pritom o fyzické napadnutia pacientmi a ďalšími zúčastnenými osobami.

„Časť z týchto napadnutí si vyžiadala lekárske ošetrovanie napadnutých zdravotníckych pracovníkov. Ďalším častým sprievodným javom bolo v uvedených prípadoch nebezpečné vyhrážanie pacientov a ďalších zúčastnených osôb, pričom boli zdokumentované vyhrážania sa s použitím strelnej zbrane a ďalších „chladných“ zbraní. Napádané boli rovnako zdravotné sestry v nemocniciach či ambulanciách, ako aj ďalší zdravotnícki pracovníci“, uviedol Michal Weinciller, generálny sekretár Slovenskej komory zdravotníckych záchranárov.

Na návrhu zákona pracovala komora spoločne s ďalšími komorami v zdravotníctve uplynulé dva roky. Ako dodal, komora verí, že touto legislatívnu úpravou, ktorá umožňuje v prípade útoku na zdravotníckeho pracovníka uložiť vyšší trest, odradí prípadných útočníkov a v prípade vykonania útoku zabezpečí spravodlivý trest pre prípadných páchatel'ov. „Zdravotnícky pracovník pri výkone svojho povolania prichádza pacientovi pomáhať a nie chrániť svoju bezpečnosť a zdravie“, povedal M. Weinciller. Ku chráneným osobám patrí napríklad aj tehotná ženy, dieťa, osoby nad 65 rokov, chorý človek, či diplomat.

ODBORNÍCI NA OŠETROVATEĽSTVO NESÚHLASIA S VRÁTENÍM VZDELÁVANIA SESTIER SPÄŤ NA STREDNÉ ŠKOLY

Medzinárodná konferencia sa konala pod záštitou Slovenského predsedníctva v Rade Európskej únie, Európskej federácie sestier a ministra zdravotníctva SR Tomáša Druckera. Na podujatí sa zúčastnili zástupcovia sestier z jednotlivých regiónov, predstavitelia štátnych inštitúcií, odborníci z akademickej obce, ale aj viacerí predstavitelia sesterských organizácií v zahraničí. „Nemyslím si, že Slovenská republika má zle nastavené vzdelávanie sestier, alebo že by sme boli horší ako ostatné krajiny v Európskej únii, práve naopak, máme byť na čo hrdí. Aj čo sa týka hodnotenia sústavného vzdelávania sestier, patríme k špičke EÚ,“ konštatovala v diskusii prezidentka Slovenskej komory sestier Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Prodekanu na Fakulte zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove doc. PhDr. Štefaniu Andraščíkovú, PhD., MPH rozhorčilo, že k vzdelávaniu sestier sa začali vyjadrovať politici a predstavitelia nemocníc skôr, ako k téme vôbec vznikla široká celospoločenská diskusia s odborníkmi a tými, ktorých sa samotné vzdelávanie týka. „V 21. storočí nie je korektné a primerané hľadať posun v nástrojoch z minulosti. My z akademickej obce ponúkame nástroje, ako systém vzdelávania v ošetrovateľstve posunúť ešte k lepšiemu,“ uviedla ďalej v diskusii doc. PhDr. Š. Andraščíková, PhD., MPH. Pred vrátením vzdelávania sestier z vysokých škôl na stredné školy slovenských predstaviteľ'ov osobne varoval predseda Profesní a odborové unie zdravotníckych pracovníkov Bc. Tomáš Válek s tým, že v Českej republike aktuálne zákonodárcovia aktívne pripravujú koncept stredoškolského vzdelávania sestier napriek tomu, že s tým nesúhlasia čelní predstavitelia profesijných združení, odborových organizácií, vysokých škôl a dokonca ani stredných škôl. Argumenty odborníkov a samotných sestier presvedčili aj zástupcov z rezortu zdravotníctva. Generálny riaditeľ Sekcie zdravia Ministerstva zdravotníctva SR MUDr. Boris Bánovský prítomných účastníkov, ale aj slovenské sestry ubezpečil, že Slovensko má byť na čo hrdé, čo sa týka vzdelávania slovenských sestier, a pri zdokonaľovaní systému sa vzdelávanie musí skvalitňovať, nie vracat' naspäť do minulosti.

Druhý ročník konferencie s medzinárodnou účasťou organizovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek spolu s Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry. Na odbornom podujatí sa zúčastnilo vyše 170 sestier a pôrodných asistentiek, vrátane pozvaných čelných predstaviteľ'ov organizácií združujúcich sestry zo zahraničia. Na podujatí sa okrem iných zúčastnili sestry z Českej republiky, Poľska, Chorvátska, či Ukrajiny.

SESTRY A PÔRODNÉ ASISTENTKY ŽIADAJÚ MINISTRA ZDRAVOTNÍCTVA, ABY ZASTAVIL VÝHODNÝ BIZNIS V ZDRAVOTNÍCTVE

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dlhodobo poukazuje na neefektívne narábanie s finančnými zdrojmi v zdravotníctve. „Sestry ešte počas akcie hromadných výpovedí upozorňovali a žiadali vládu, aby prijala také opatrenia, ktoré by zabránili úniku peňazí určených pre pacientov. Nielen pre zdravotné poisťovne, ale aj firmy pôsobiace v zdravotníctve, ktoré obchodujú so zdravotníckou technikou, materiálmi, liekmi, ale aj prevádzkovatelia zdravotníckych zariadení profitujú na nedostatočne regulovanom systéme. Biznis v zdravotníctve prekvitá aj napriek opatreniam, ktoré avizovalo Ministerstvo zdravotníctva SR,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá sa pýta, ako môžu zdravotné poisťovne na Slovensku platiť za vyšetrenia magnetickou rezonanciou a CT prístroje dvakrát toľko ako napríklad v Nemecku. Osobne je zhrzená z toho, ako môžu firmy zarábať na zdravotníctve v čase, keď doslova živorí agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, chýba dostatočná komunitná starostlivosť, takmer vôbec nefunguje prevencia ochorení v praxi, čo v konečnom dôsledku má veľký vplyv na kvalitu zdravia pacientov.

Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. žiada ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, aby sa zaoberal výsledkami analýzy Aliancie Fair-play a urobil poriadok v slovenskom zdravotníctve, pretože vysoké zisky podnikateľov by sa dali využiť pri skvalitnení zdravotnej starostlivosti. „Pozitívne hodnotíme to, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker sa snaží nájsť finančné zdroje v systéme schváleného rozpočtu, či už formou zlepšenia efektivity nemocníc, spotreby liekov, spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, respektíve fungovania záchraniek a zdravotných poisťovní, avšak aj tieto úspory sú len kvapkou v mori. Slovenské zdravotníctvo je ako deravý sud, z ktorého utekajú peniaze na všetky smery a nestačí ho donekonečna opravovať,“ dodal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. s tým, že slovenské zdravotníctvo potrebuje nový systém, ktorý bude slúžiť nielen pre podnikateľov, ale hlavne pre pacientov a zdravotníkov.

SK SAPA: NÁVRH ROZPOČTU PRE ROK 2017 JE ZLOU SPRÁVOU PRE PACIENTOV AJ ZDRAVOTNÍKOV

Návrh rozpočtu verejnej správy pre budúci rok, ktorý schválila vláda R. Fica, predpokladá rozpočet 1,37 mld. eur, čo je o 120 miliónov eur menej oproti tohtoročnému rozpočtu, keďže výdavky pre kapitolu predstavovali 1,49 mld. eur. „Minister financií Peter Kažimír síce počítá s nárastom financií pre zdravotníctvo z odvodov za ekonomicky aktívnych občanov o 178 miliónov eur, avšak tieto financie sú imaginárne, keďže dnes nie je isté, aká bude v budúcom roku v skutočnosti ekonomická situácia občanov,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá považuje návrh rozpočtu na budúci rok za výsmech pre slušných ľudí, pretože nepočíta s takmer žiadnym šetrením štátu, ale naopak zvyšovaním daní a poplatkov od občanov takmer v každom segmente. Občania tak budú v konečnom dôsledku podporovať mašinériu štátnych úradov, pričom o zlepšenie ich zdravia štát záujem nemá. Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. sa taktiež pýta, či minister zdravotníctva Tomáš Drucker v skutočnosti v budúcom roku dokáže ušetriť avizovaných 174 miliónov eur v rezorte, v ktorom sa dlhodobo šafári a rozkráda. Pravda je totiž taká, že reálne sa žiadne opatrenia na šetrenie v rezorte neprejavili a samotné kroky sa iba pripravujú. „Dnes je otázne a nikto nevie presne odhadnúť, či budú opatrenia ministra zdravotníctva aj efektívne a koľko financií nám všetkým ušetria. Žiaľ, rezort vysáva chobotnica prisatá na systéme, ktorú predstavujú firmy obchodujúce v zdravotníctve. Ak by sa ministrom podarilo túto chobotnicu odstaviť, tak by boli financie aj pre sestry, ktoré dlhé roky čakajú na zvýšenie miezd podobne ako učiteľia,“ dodala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. s tým, že nižšie výdavky na zdravotníctvo budú chýbať predovšetkým pacientom, ale aj zdravotníckym a nezdravotníckym pracovníkom v rezorte.

Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. si myslí, že minister zdravotníctva Tomáš Drucker by nemal sklopiť uši pred navrhnutým rozpočtom pre zdravotníctvo, ale mal by bojovať za každé ďalšie euro. „Nie je predsa normálne, že pri tom ako slovenská ekonomika rastie, chce štát za svojich poistencov dávať menej a odnesú si to na svojich chrbtoch ekonomicky produktívni ľudia. Keď vidíme, ako sa aj naďalej darí finančným skupinám a iným spoločnostiam podnikajúcim v zdravotníctve, nerozumiem, prečo by mali prispievať na zdravotnú starostlivosť viac obyčajní ľudia,“ dodal Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý opätovne zdôrazňuje, že zásadné zmeny v zdravotníctve, ktoré verejnosť očakáva, sa nedajú realizovať len na základe konsolidácie existujúcich finančných zdrojov, ale do systému zdravotníctva bude potrebné vyčleniť viac finančných zdrojov, ktoré by sa v konečnom dôsledku mali ukázať na zlepšení zdravotnej starostlivosti v prospech pacienta a pracovných podmienok pre zdravotníkov.

ZATRAKTÍVENIE POVOLANIA SESTRY SA NEDÁ UROBIŤ BEZ ÚPRAVY PLATOV

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek upozorňuje Ministerstvo zdravotníctva SR na to, že ak chce doplniť chýbajúce tisíce sestier v systéme, potrebuje ich motivovať jednak úpravou mzdového ohodnotenia, zlepšením pracovných podmienok, ako aj zvýšením spoločenského statusu. „Keď neustále počúvame, ako sa máme dobre a naša ekonomika napreduje, len ťažko v tomto marazme a pri pokračujúcich kauzách predražených tendroch uveríme tomu, že na mzdy sestier nie sú peniaze. Sestry si veľmi dobre vedia svoju mzdu zrátať a skontrolovať. Platy sestier sa mali zvýšiť už v roku 2012 počas vlády Ivety Radičovej, ale platnosť zákona zrušil Ústavný súd. Základné mzdy sa nakoniec síce upravovali od tohto roku v súvislosti so zákonom o spoločnom odmeňovaní všetkých zdravotníkov, ale len pre niektoré sestry a viac menej o omrvinky,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorá upozorňuje na to, že úprava platov od januára tohto roku sa vôbec netýka tretiny sestier, ktoré pracujú v ambulanciách a zariadeniach sociálnych služieb, ktorých príjem sa mnohokrát blíži k minimálnej mzde.

Podľa člena Rady a Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Milana Laurinca, PhD., dipl. s. je zvláštne, že potom, čo sestry zvádzali náročný boj za lepšie pracovné podmienky, minister zdravotníctva Tomáš Drucker príde s vyjadrením o náraste miezd sestier na úroveň 95 % priemernej mzdy v národnom hospodárstve, a tvári sa, ako keby tu žiadny problém neexistoval. „Ak sa máme tak skvelo a mzdy sú také, ako minister uvádza, prečo nie sú motivačným faktorom, aby sa zvýšili počty sestier na Slovensku a neodchádzali do zahraničia alebo mimo zdravotníctva? Ako krízový manažér by šéf rezortu mal prejaviť svoju zručnosť a nenechať sa opíť rožkom, že financií v zdravotníctve bude dosť, ale snažiť sa urobiť všetko preto, aby boli sestry konečne spokojné so svojim spoločenským postavením a motivované ostať v systéme slovenského zdravotníctva“ dodal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., ktorý ministra zdravotníctva Tomáša Druckera žiada, aby sa opatrne vyjadroval o súčasnom mzdovom ohodnotení sestier a pôrodných asistentiek v prípade, pokiaľ chce i naďalej udržať sociálny zmierny do budúcnosti.

(Zdroj: Tlačové správy SKSaPA, www.sksapa.sk)

Viac informácií:

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.
prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek
tel.: +421 0918 518 178
e-mail: lazorova@sksapa.sk
Amurská 71, 821 06 Bratislava

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
člen Rady a Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek
tel.: +421 0915 943 571
e-mail: laurinc@sksapa.sk
Amurská 71, 821 06 Bratislava

Správy zo zahraničných partnerských organizácií

Messages from the foreign partner organizations

Európska federácia asociácií sestier (EFN) bola založená v roku 1971. EFN zastupuje viac ako 35 národných asociácií sestier a jej práca má vplyv na každodennú prácu 6 miliónov sestier v celej Európskej únii a Európe. EFN je nezávislý hlas ošetrovateľskej profesie a jej úlohou je posilniť postavenie a výkon povolania sestry v prospech zdravia občanov a záujmov sestier v EÚ a Európe.

EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS



EFN Brussels Office
Clos du Parnasse 11a
B-1050 Brussels

Tel. +32 2 512 74 19
Fax +32 2 512 35 50

E-mail efn@efn.be
Web www.efnweb.org

Registration Number
NGO0476.356.013

SLOVENSKÉ OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA V PROCESE ZMIEN

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK-SaPA) pod záštitou Slovenského predsedníctva v Rade Európskej únie, Európskej federácie asociácií sestier a ministra zdravotníctva Tomáša Druckera, organizovala Národnú konferenciu s medzinárodnou účasťou pod názvom „Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia v procese zmien“, ktorá sa konala vo Vysokých Tatrách 23-24 septembra 2016.

Konferencia, na ktorej sa zúčastnilo viac ako 150 sestier a pôrodných asistentiek spoločne s pozvanými hosťami zo Slovenska a zo zahraničia, poskytuje jedinečnú príležitosť na získanie nových poznatkov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencie, zdieľanie skúseností a poznatkov s kľúčovými hráčmi. „Konferencia je veľmi dôležitá pre ošetrovateľstvo na Slovensku zo strategického hľadiska, aby sme si uvedomili, kde sme a kam smerujeme!“ Povedala Iveta Lazorová, prezidentka SKSaPA.

Pozývaný bol ako hlavný rečník do diskutujúceho panelu na tému kompetencií a vzdelanie v oblasti ošetrovateľstva generálny tajomník EFN Paul De Raeve. Využil túto príležitosť na to, aby zdôraznil, aké dôležité sú slovenské sestry vo vývoji ošetrovateľstva a ošetrovateľskej profesie vo svojej krajine. „Dôležitým aspektom smernice 2005/36 / ES, ktorá bola novelizovaná na smernicu 2013/55 / EÚ, je to, že sestry by mali byť schopné, kvalifikované a mali by mať dôveru v riadení pomyselného auta pri vedení a organizovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Okrem toho od kvalifikovanej sestry sa vyžaduje plná zodpovednosť za svoju prax a organizovanie svojej práce. To predstavuje základ nielen pre úspešné systémové zmeny, ktoré možno rozvíjať oveľa ďalej na



Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a., prezidentka SKSaPA a Dr. Paul De Raeve, generálnym tajomníkom EFN

(Zdroj: SKSaPA, publikované na www.efn.be)

Európskej úrovni, ale sú to aj atribúty dôležitých kľúčových rolí sestier v rámci systému zdravotnej starostlivosti, ako je koučovanie, vedenie a vyhodnocovanie výsledkov starostlivosti“, vyjadril Paul de Raeve.

Na záver generálny tajomník EFN poďakoval Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek ako členovi EFN za organizovanie tak významného podujatia a pozdravil kolegov z Poľska, Chorvátska, Českej republiky a Ukrajiny za ich tvrdú prácu pri výchove sestier. Ošetrovateľské povolanie má silnejší hlas a kľúčovú úlohu v sociálnej a zdravotnej politike na národnej i európskej úrovni.

Preložené z tlačovej správy EFN:

Slovakia Nursing and Midwifery in the process of change

<http://www.efnweb.be/?p=8073>

Viac informácií: Dr Paul De Raeve, Secretary General of the European Federation of Nurses Associations.

Email: efn@efn.be - Tel: +32 2 512 74 19 - Web: www.efnweb.eu

Preklad: Lukáš Kober

DÁNSKY MAGAZÍN ALT NOMINOVAL NA TOHTOROČNÉ DÁMSKE OCENENIE „ŽENA 2016“ VŠETKY DÁNSKE SESTRY

Dansk Sygeplejeråd



Ocenenie bolo odovzdané predsedníčke Dánskej organizácie ošetrovateľstva Grete Christensen na slávnostnej recepcii pri oslavách 70. výročia magazínu. Ide o prvé ocenenie v histórii, ktoré je pridelené skupine odborníkov. 28 000 Dánskych korún bude poukázaných na špeciálny fond „Spire box“, určený pre projekty sestier. Cenu odovzdala editorka magazínu ALT Tina Nikolaisen. Samotné odovzdávanie sledovalo viac ako milión divákov na Facebooku. Ako sama uviedla: „Cena ide sestram, lebo práve Vy sestry ste tu pre nás od narodenia až do smrti. Podávate pomocnú ruku, ste tam, kde najviac potrebujeme Vašu pomoc a my chceme oceniť Vašu silu“. Grete Christensen prevzala ocenenie za všetky sestry a poukázala na dôležitosť práce sestier. „Ocenenie je uznaním pre všetky sestry v ich každodennej práci o pacientov a ich príbuzných, ale taktiež ide o uznanie skutočnosti, že niekedy musia bojovať a presvedčať zamestnávateľov o hodnote sestier. Uznanie pacientov zostáva aj naďalej fantastickou silou v práci sestry“.

Preložené z tlačovej správy Dánskej organizácie ošetrovateľstva:

The Danish magazine acknowledge the nurses as a profession with a great value for the Danish Society

www.dsr.dk

Preklad: Lukáš Kober



MEDZINÁRODNÁ RADA SESTIER (ICN) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)

Medzinárodná rada sestier (ICN) je federácia viac ako 130 národných asociácií sestier, ktoré zastupujú milióny sestier na celom svete. Prezentuje sestry a ošetrovatelstvo na medzinárodnej úrovni. ICN sa snaží zabezpečiť kvalitnú starostlivosť pre všetkých a v rámci hlasov globálnych zdravotníckych politik.



International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières

BEZPEČNOSŤ OŠETROVATEĽSKÉHO PERSONÁLU JE DÔLEŽITÁ PRI POSKYTOVANÍ KVALITNEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV, Hovorí PRACOVNÉ FÓRUM ICN

ŽENEVA, ŠVAJČIARSKO A WASHINGTON DC, USA; 14. OKTÓBRA 2016 - ÚČASTNÍCI 22. ROČNÍKA MEDZINÁRODNÉHO PRACOVNÉHO FÓRA (IWFF) MEDZINÁRODNEJ RADY SESTIER (ICN) VYZVALI VŠETKY VLÁDY, ABY SA VIAC SNAŽILI VZDELÁVAŤ A UDRŽAŤ SESTRY V SYSTÉME, DOSIAHNUŤ VÄČŠIU ÚROVEŇ SEBESTAČNOSTI V ZAISTENÍ DOSTATKU SESTIER.

Fórum zistilo, že investície a podpora ošetrovateľskej pracovnej sily sú naliehavo potrebné nielen pre blaho a spokojnosť sestier, ale aj pre zdravie a bezpečnosť pacientov. Diskusia Fóra sa taktiež zamerala na bezpečnosť personálu, vrátane identifikácie spoločenských tém, riadenia v kombinácii s kvalifikáciou, úlohy registrovaných sestier, nedostatočné ohodnotenie a uznanie ošetrovateľských rolí, dopad imigrácie, nedostatku zamestnancov v rôznych odvetviach a situáciou ošetrovateľstva v zónach vojnových konfliktov.

Vo vydanom komuniké účastníci Fóra uvádzajú: „My obnovujeme výzvu lídrom sestier, odborovým a profesijným organizáciám zúčastniť sa kampane s použitím dostupných nástrojov na dosiahnutie bezpečného stavu zamestnancov, dôstojných pracovných podmienok a lepšej budúcnosti pre pacientov a sestry, ktoré sa o nich starajú. Vyzývame aj zamestnávateľov, aby sa konštruktívne pripojili do dialógu. Správa taktiež uvádza naliehavú potrebu zmeny politického zmýšľania v tom, že zdravie je investícia, nie bremeno“.

Sesterské organizácie sú dôležitým partnerom pri dosiahnutí tohto cieľa, povedala Dr. Frances Hughes, generálna riaditeľka ICN. Naši členovia pochopili realitu a potrebujú podporu sestier, ktoré poskytujú starostlivosť. Sú odhodlaní spolupracovať s ICN pri zabezpečení realizácie odporúčaní Komisie OSN. Diskutovalo sa aj o výzvach, ktoré so sebou prináša starnúca populácia, zvyšujúci sa priemerný vek ošetrovateľského personálu. Nedávne a stále prebiehajúce obavy vyjadrili sestry pracujúce v konfliktných zónach a katastrofou postihnutých oblastiach.

Preložené z tlačovej správy ICN:

Safe Nurse Staffing Levels are Vital to Deliver Quality Patient Care, says International Council of Nurses Workforce Forum
<http://www.icn.ch/news/icn-press-releases-2016/>

Viac informácií:

Lindsey Williamson: media@icn.ch; tel: +41 22 908 0100; fax: +41 22 908 0100

[@ICNurses](http://www.icn.ch)

Preklad: Lukáš Kober

VZŤAH SESTRA – LEKÁR S DOPADOM NA PACIENTA

THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES AND DOCTORS WITH PATIENT OUTCOMES

HELENA GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ¹, ANDREA BRATOVÁ^{1,2}, MILAN LAURINC^{1,3}

¹ Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

² Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

³ NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

Abstrakt

V rámci ošetrovateľskej praxe sestra vykonáva tieto druhy výkonov: samostatne, samostatne na základe ordinácie lekára, v spolupráci s lekárom. Všetky úkony musí zladit', naplánovať realizovať. Značnú časť jej práce zaberá komunikácia a spolupráca s lekárom. V príspevku prinášame niektoré aspekty spolupráce sestra – lekár, dôvody problémovej spolupráce a komunikácie a pohľad na dopad na pacienta.

Kľúčové slová

Sestra. Lekár. Spolupráca. Pacient.

Abstract

In the context of nursing practice, nurse carries out the following types of services: individually, independently based on physician's prescription, in cooperation with the physician. All operations must be matched, plan to implement. Communication and collaboration with physician takes a significant part of its work. The paper brings some aspects of cooperation nurse - physician, the reasons problematic cooperation and communication, and look at the impact on the patient.

Keywords

Nurse. Doctor. Cooperation. Patient.

Úvod

Na fungovaní zdravotníctva sa podieľajú špecifické skupiny zamestnancov, ktorých vzájomná spolupráca

je jednou zo základných podmienok na vytváranie efektívnych stratégií a dosahovanie úspešných cieľov. Tieto skupiny sú nenahraditeľné a je zbytočné zamýšľať sa a polemizovať o otázke dôležitosti. Lekári, sestry, iní pracovníci v zdravotníctve - všetci sú tímom, ktorý by nemohol pracovať jednozložkovo (1). Jedinou funkciou sestry je pomoc zdravému alebo chorému jedincovi pri vykonávaní činností, ktoré prispievajú k jeho zdraviu alebo uzdraveniu alebo pokojnej smrti. Tieto činnosti by jedinec vykonával sám, keby mal dostatok síl, vôle a vedomostí. Sestra pomáha jedincovi tak, aby dosiahol čo najvyššiu nezávislosť (2). Pri dosahovaní nezávislosti je dôležitá aj spolupráca so sestrou pre sociálnu službu (3). Sestra pri výkone svojej praxe musí zosúladiť tri základné skupiny výkonov: vykonávané samostatne, vykonávané samostatne na základe ordinácie lekára, vykonávané v spolupráci s lekárom. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti vstupuje do profesijného vzťahu sestra – pacient ale tiež sestra – lekár.

Ssestra ako kolegyňa s lekárom spolupracuje s cieľmi:

- zamerať sa na pomoc a zlepšenie stavu pacienta;
- vytvárať optimálnu klímu pracoviska s cieľom spríjemniť prácu sebe, byť pacientom a ich rodinám;
- pracovať lege artis a vyhýbať sa pochybeniam smerujúcim k sankciám;
- dostávať za vykonanú prácu mzdu tak, aby jej výška pokryla výdavky,

ktoré súvisia so životnými potrebami a možnosťami;

- vytvárať skutočne efektívne, dôstojné, prínosné a sebarealizačne uspokojujúce kolegiálne zázemie (1).

Lekár lieči, sestra ošetruje - dal by sa výstižne vyjadriť tento model spolupráce (1).

Vzťah sestra - lekár sa historicky vyvíjal. Je nepochybné, že kvalita odborných profesijných vzťahov ovplyvňuje aj kvalitu celej zdravotnej starostlivosti. Keď Florence Nightingaleová dávala základy novodobého ošetrovateľstva, bola rola sestry i vzťah sestry k lekárovi celkom odlišná od toho, aký vzájomný vzťah dnes existuje medzi sestrou a lekárom (4). Nielen pre Florence Nightingaleovú, ale i pre niekoľko ďalších generácií, bol určujúcim obraz sestry akopochestnej ženy a dobrej kresťanky slúžiacej druhým. V tomto ponímaní dobrá sestra, s náboženskou výchovou a motivovaná nezištnou službou druhým, naplňuje vysoký morálny štandard. Vo vzťahu k lekárovi bola takáto sestra charakterizovaná presnosťou, tichosťou, upravenosťou, zdvorilosťou, bezhraničnou loajalnosťou a poslušnosťou (5). Tento model sestry dominoval v učebniciach etiky pre sestry (nursing ethics) po desaťročia. Od neho sa odvíjala rola sestry v zdravotnej starostlivosti i jej vzťah k lekárovi. Sestra mala úlohu poslúchajúcej pomocnice lekára (6).

V 19. storočí to bola Krymská vojna a v 20. storočí dve svetové vojny, ktoré vzťah sestra – lekár významne zmenili. Sama zakladateľka novodobého ošetrovateľstva v sebe má rys „nepohodlného človeka“, ktorý otriasa spoločenskými zvyklosťami, v tomto prípade kvôli pacientom. Jej vzťahy s vojenskými lekármi neboli idylické: kvôli pacientom. Svojou ráznosťou však dokázala mnohé posunúť k lepšiemu (7). Okrem mohutného rozvoje medicíny to boli intenzívne sociálne premeny v druhej polovici 20. storočia, ktoré sestru ako oddanou poddanou lekárovi odoslali do histórie. Namiesto jednostrannej podriadenosti nastúpila vzájomná spolupráca, vzájomná komunikácia, delenie kompetencií a profesijné partnerstvo. U nás výrazná premena vzťahu lekár - pacient a následne i premena vzťahu sestra – lekár začala až ku koncu minulého storočia. Zmenila sa sociálna i profesijná rola sestry. Sestra je dnes vzdelanejšia, sebavedomejšia, kompetentnejšia; mnoho kompetencií prevzala od lekára. Radu kompetencií prenechala pomocnému zdravotnému personálu. Nástupným trendom je vysokoškolské vzdelanie sestier (6). Ak lekár ako empatická osobnosť s obratnosťou v spoločenskom styku a potrebou tímovej spolupráce v pozícii zamestnávateľa, či nadriadeného správne chápe spoluprácu, rozhodne vedie a podporuje sestru v samostatnosti. Táto sestra je potom vynikajúcou kolegyňou a pracovisko skutočne dôstojným priestorom, v ktorom človek trávi väčšinu života (1).

Docentka Bartlová (6) uvádza, že v zdravotníctve vyspelých priemyslových krajinách dochádza ku zmene spoločenského postavenia sestier a lekárov. Lekári odovzdali časť svojho výsadného postavenia vysokoškolsky vzdelaným sestrám.

Sestra intenzívne pracuje na odbornom sebavzdelávaní. Tak sa lekár, ktorý veľmi nadrží krok s vedeckým rozvojom medicíny, môže, celkom

pochopiteľne, cítiť byť takou sestrou ohrozovaný. Novým fenoménom je výskumná sestra, či sestra s ukončeným postgraduálnym vzdelaním: Vzťah sestra – lekár dnes nie je toľko určený stereotypom, ktorý bol bežný v povojnovej dobe. V tomto modeli známom ako „doctor-nurse game“ sestra najprv prejavila aktivitu a ponúkla radu, či riešenie, aby sa vzápätí stiahla do pasívnej podriadenosti kvôli lekárovej autorite (6).

Pri riešení vzťahu sestra – lekár je nutné rešpektovať skutočnosť, že v súčasnej modernej spoločnosti sa presadila nebývalá dynamika vývoja jednotlivých oblastí života spoločnosti. Aj v zdravotníctve rozvoj vedy a techniky prináša nové úlohy. Vznikajú nové odbornosti, menia a modifikujú sa náplne práce i postavenie jednotlivých profesií, rovnako ako vzťahy medzi nimi. To znamená, že s ďalším vývojom treba počítať aj do budúcnosti. Z tohto hľadiska je nutné pristupovať i k riešeniu vzťahu sestra – lekár (6).

Problémom vo vzťahu lekár – sestra je aj prenikanie ošetrovateľstva do oblasti medicíny. To, čo je pre sestry príležitosťou, niektorí lekári pociťujú ako hrozbu. Napríklad v USA sestry majú kompetencie, ktoré u nás patria lekárovi. Registrovaná sestra v USA priamo vyšetruje pacienta, predpisuje lieky. Spolupráca s lekárom pri rôznych diagnostických a liečebných výkonoch je len zlomkom praxe sestry (6).

„Spolupráca lekára a sestry nespočíva iba v dokonalej asistencii lekárovi a v poslušnom, tak trocha zastrašenom plnení jeho príkazov. O toto sa už dnes nemožno opierať ako o záruku na efektívne dosahovanie cieľov v starostlivosti o zdravie obyvateľov“ (1, s.1).

K zásadným zmenám dochádza v postavení sestier a v ponímaní ošetrovateľstva ako samostatného oboru. Súčasťou tohto vývoja sú žiaduce zmeny vo vzťahoch a spo-

lupráci lekárov a sestier. Vo Veľkej Británii, USA, Kanade, Austrálii došlo k rýchlemu rozvoju ošetrovateľstva, ako vo vzdelaní, tak v raste kompetencií a zodpovednosti sestier. Vývoj vyžaduje, aby základom vzťahov medzi lekárom a sestrou boli predovšetkým odborné stránky výkonu oboch profesií. Možnosti realizácie tejto požiadavky sú priaznivé. Dominantná je spolupráca v odbornej činnosti, kde je mnoho možností, ako napr. lekár upozorní sestru u určitého pacienta na zvláštnosť, ktorá má vplyv na ošetrovanie. Sestra lekárovi oznámi zmenu zdravotného stavu (6). Požiadavky na spoluprácu sú dnes väčšie ako skôr, ich podoba a obsah majú novú kvalitu (1, 2). Zeleková a Phillipsová uvádzajú, že z historického pohľadu dominancia lekárskej profesie pramení skôr z pohlavia ako z hierarchickej pozície. Lekári boli vo veľkej prevahe muži, ošetrovateľstvo bolo považované za ženské povolanie (8). Dominantný postoj niektorých lekárov k sestrám vychádza z historického kontextu. Študentka medicíny, aby si udržala rovnoprávne postavenie v profesii historicky prevažne mužskej, musela sa naučiť komunikovať a jednať dominantne. Tento prístup sa stáva súčasťou jej osobnosti (9).

V ošetrovateľskej praxi dochádza ku stretu dvoch prúdov – sestry zamerané na prístroje a sestry zamerané na človeka. Lekárom je bližšia „technická“ sestra, hlavne v intenzívnej starostlivosti. Druhý typ sestier trávi s pacientami viac času a nie sú lekárovi „hneď po ruke“. Tieto sestry si hája svoje postavenie a kompetencie, ktorými naplňujú filozofiu ošetrovateľstva, a tou je uspokojovanie potrieb pacienta, ktoré sú narušené vplyvom choroby alebo úrazu. Zdalo by sa, že lekár a sestra, ktorých hlavným cieľom je starostlivosť (medicínska a ošetrovateľská) o pacienta, budú vzájomne v dobrých vzťahoch, lebo im ide o spoločný cieľ (6).

Mnoho problémov vo vzťahu sestra – lekár vyplýva však i zo vzájomného nepochopenia jednotlivých rol a zodpovednosti v rámci modernej medicíny a ošetrovateľskej starostlivosti.

Lekári aj sestry kladú rozdielny dôraz na špecifické časti liečebného procesu (2). Loajalita sestry voči lekárovi končí tam, kde začína byť ohrozený pacient, nielen po fyzickej, ale i psychickej a sociálnej stránke (9). Konflikt nemusí mať vždy deštruktívny charakter, môže byť dokonca konštruktívneho charakteru (10). Konflikty na pracovisku uvádzajú skôr sestry ako lekári, a to z dôvodu, že lekári sa skôr obávajú obávajú dôsledkov po upozornení na problémy (10).

V rámci českého grantového projektu NS/9604-3 (IGA MZ ČR) boli identifikované problémy, okolnosti a udalosti, ktoré predchádzali konfliktnému správaniu sa lekárov a sestier. O problematike kompetencií sa lekári vyjadrovali rôzne:

„Vzhľadom k právnym dopadom této problematiky si asi žádný z lékařů nedovolí předávat vlastní kompetence sestřím.“

„Hlavní problém vztahu mezi sestrou a lékařem vidím v nepřesném určení kompetence sester bez právní a jiné odpovědnosti. Lze ale říci, že vysokoškolsky vzdělaným sestřím lze určitě kompetence předat, ale s plnou právní odpovědností za výkony, včetně

ně možnosti trestněprávního postihu v celém rozsahu.“

„Někdy dochází k neoficiálnímu předávání vlastních kompetencí sestřím. Většinou se jedná o „vypjaté situace“, kdy vzhledem k časové tísní pověřujeme sestry úkoly, které jsou ale plně v naší kompetenci. Mnohdy se jedná o administrativní záležitosti, ale připouštím, že i tzv. „ordinace po telefonu“ nebývá výjimečná. Asi si plně neuvědomujeme právní dopad, ale nemocniční realita je někdy neúprosná.“

„Myslím si, že sestra by mohla mít větší kompetence, například sama by dle mého názoru mohla vystudovaná sestra s praxí ordinovat antipyretika při febriliích. Co ale vím od kolegů z jiných oddělení, asi hodně záleží na typu oddělení a na zvyklostech, jaké jsou kompetence sester“ (6, s. 48 - 49).

Výsledky uvedeného výskumu dávajú reálny obraz „odovzdávania“ kompetencií smerom od lekárov k sestram, najčastejšie v administratívnej oblasti. Toto môže byť spôsobené neznalosťou vlastných lekárskeých i sesterských kompetencií alebo časovou zaneprázdnenosťou lekárov. Kompetencia (z latinského con-petere, zhodovaťsa, súhlasiť) znamená schopnosť, spôsobilosť, oprávnenie. V praxi je kompetencia sester vysvetľovaná práve len synonymom schop-

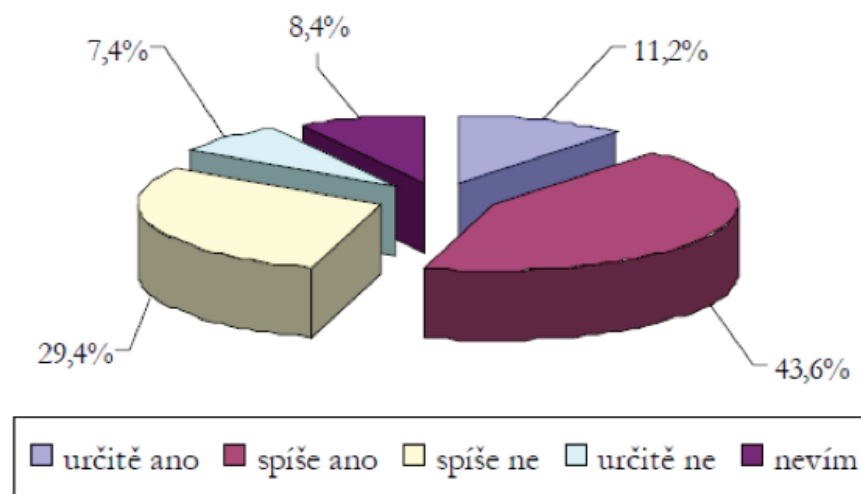
nosť, t.j. či je sestra schopná a manuálne zručná a je možné jej niektoré činnosti odovzdať. Mnohokrát sa ale neberie na vedomie právny dopad vykonávanej činnosti neoprávnenými osobami. Lekári pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupujú v súlade s postupmi lege artis, ale sestry niekedy de facto pracujú nad rámec vlastných kompetencií, stanovených vyhláškou (6).

Pomerne časté je tiež narušovanie kompetencie sestry poverovaním úlohami, spadajúcimi do kompetencie niekoho iného, ďalej narušovanie organizácie práce sestry neplánovanými zásahmi, a tiež podceňovaním práce sestry zo strany lekárov. Tieto príčiny sú najdôležitejším zdrojom problémov vo vzťahu medzi lekárom a sestrou v Českej republike. Poverovanie sestry úlohami nespádajúcimi do jej kompetencie je častým zdrojom problémov v spolupráci lekára a sestry (6, 12).

Bartlová a Trešlová uvádzajú na základe svojho výskumu (12), v ktorom odpovedalo 537 respondentov – sestier, nasledovné vnímanie sestier ako rovnocenných partnerov lekárm (Graf 1).

Autorky na základe zistení uvádzajú, že sestram s vyšším (Bc., Mgr.) vzdelaním lekári prejavujú viac uznania ako sestram s nižším vzdelaním. Tiež zistili, že sestram pracujúcim v jednozmennej prevádzke lekári prejavujú viac uznania ako sestram pracujúcim v trojzmennej prevádzke, prevažne na lôžkových oddeleniach (12).

Pracovné prostredie patrí k faktorom, ktoré ovplyvňujú spokojnosť sestier i lekárov v ich zamestnaní. Teda druhotne ovplyvňuje i vznik konfliktov, lebo spokojný človek sa do konfliktných situácií dostáva omnoho menej často, než človek nespokojný, či pod vplyvom stresu. Pokiaľ sa s konfliktmi stretne, je schopný ich riešiť omnoho efektívnejšie. Nemocničné prostredie je teda



Graf 1 Vnímanie sestier ako rovnocenných partnerov (Zdroj: Bartlová, Trešlová, 2010)

veľmi dôležitou súčasťou systému, ktorý na zdravotníkov pôsobí, ovplyvňuje ich a má veľký vplyv na ich výkon (13).

Česká autorka Vízková (14) uvádza vo svojej práci dôvody konfliktných situácií medzi lekárom a sestrou nasledovne (Tab. 1).

cientov (n = 3610). Priaznivejšie bola vnímaná spolupráca medzi sestrou a lekárom, kde bol zistený evidentne nižší výskyt oboch CLABSIs a VAP. Konkrétne pri každom zvýšení spolupráce medzi sestrou a lekárom sa rýchlosť CLABSIs znížila o 2,98 (p = 0,005) a miera VAP sa znížila o 1,13

vyrovnať. Každý úspech je súčasne obohatený našou osobnosťou a rozšírením schopností. **Pristupujme preto k neštandardným situáciám nie ako k životnej tragédii, ale ako k výzve (10,13).**

		Frequency	Percent (vždy ze 398 odpovedí)
Valid	nadřazené chování lékaře k sestře	105	26,4
	lékař si neváží práce sestry	60	15,1
	lékař pověřuje sestru úkony, které nejsou v její kompetenci	44	11,0
	lékař nerespektuje názory sestry na péči o pacienta	29	7,2
	únava, vyčerpanost z práce	97	24,4
	jiné nevhodné chování lékaře	48	12,1
	nevhodné chování sestry	11	2,8
	jiné	4	1,0
Total		398	100,0

Tab. 1 Dôvody konfliktných situácií medzi sestrou a lekárom (Zdroj: Vízková, 2008)

Pri všetkých premenách vo vzťahu sestra – lekár, pri všetkých napätiach a konfliktoch, ktoré s tým súvisia, sa uprostred tohto vzťahu objavuje pacient, ktorý je zraniteľný. Nakoniec spokojný pacient má nemalý vplyv na celkovú (profesijnú) spokojnosť sestry i lekára (14).

Pri poskytovaní intenzívnej zdravotnej starostlivosti na základe výskumov vyplýva (15), že vznik ventilátorovej pneumónie (VAP) a infekcie centrálného žilového riečiska (CLABSIs) sú významne ovplyvnené spoluprácou sestry s lekárom. Pre tento účel autorky (15) vykonali sekundárne analýzu údajov pochádzajúcich z prieskumu skúseností sestier. Prieskum bol vykonaný na štyroch špecializovaných pracoviskách intenzívnej starostlivosti. Vnímanie sestier slúžilo na kompiláciu 5 nástrojov, ktoré hodnotia rôzne aspekty pracovného prostredia, vrátane spolupráce a spokojnosti o rozhodnutiach, starostlivosti o prístroje, ktoré merali konkrétne rozmery medzi spoluprácou sestier a lekára. V rovnakom období boli tiež odobraté dáta od pa-

(p = 0,005). Navyše výsledky vykazovali, že s vyšším podielom vzdelaných sestier (diplomované sestry, špecializáciu, bakalárske a vyššie vzdelanie) bol 0,44 (p = 0,02) a 0,17 (p = 0,01) nižší výskyt CLABSIs a VAP, resp. Boev a Xia (11) Podporovali predchádzajúce bádania prepojením efektívnej komunikácie a spolupráce medzi lekármi a sestrami pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v intenzívnej starostlivosti. Pritom ich zistenia naznačujú, že dodatočným počtom sestier s špecializáciou sa zvyšuje možnosť pre bezpečie pacientov. Hoci pôvodné štúdie neboli posúdené, ako lekári vnímajú spoluprácu s sestrou. Zistenia tejto analýzy však naznačujú, že schopnosť lekárov a sestier spolupracovať ako jednotný tím má zásadný význam pre zníženie počtu chýb, zlepšenie výsledkov liečby pacienta a optimálnu starostlivosť (15). Zmeniť incidenciu a rozvoj VAP je možné jedine zmenou správania a profesio nálneho prístupu personálu na všetkých úrovniach (16).

K profesionálnym schopnostiam patrí vedieť sa s neštandardnou situáciou

Záver

Čo je dobrá spolupráca sestry a lekára? Rešpektovanie sa navzájom ako tímových spolupracovníkov, ktorí majú svoje kompetencie, náplne práce, svoju zodpovednosť. Konkrétne sestra má svoju ošetrovateľskú prax vyskladanú z troch skupín výkonov, ktoré vykonáva: samostatne; na základe ordinácie lekára; v spolupráci s lekárom. Sestra asistuje len pacientovi pri uspokojovaní jeho potrieb, ktoré z rôznych príčin nedokáže uspokojiť. Toto je prvordý aspekt pohľadu na „dobrú“ sestru. Hodnotenia spolupráce sestry – lekár z pohľadu „ako ústretovo“ sestra vykoná lekárovo prianie alebo ordináciu, sú mylné. Ošetrovanie metódou ošetrovateľského procesu môže posúdiť ten, kto ošetrovatelstvo študoval. Tak isto ani sestry neprináleží hodnotiť odborný výkon iných zdravotníckych povolání – nielen lekára. Okrem vzájomného rešpektovania pracovných povinností je tu aj aspekt vzájomného slušného správania, ktoré by nemalo byť cudzie žiadnemu zdravotníckemu (nielen) pracovníkovi a primeranej profesionálnej komunikácie. Ako uviedla

MOŽNOSTI KONZERVÁCIE ODOBRAŤÝCH OBLIČIEK URČENÝCH K TRANSPLANTÁCII

THE CHOICES OF CONSERVATION OF WITHDRAWN KIDNEYS USED TO TRANSPLANTATION

PAVOL ŠVEC^{1,2}, TOMÁŠ GLAC^{1,2}, KLÁRA RUSKOVÁ¹, DANA STREITOVÁ^{2,3}

¹ Klinika anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

² Transplantačné centrum Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

³ Centrálné operačné sály Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika

Abstrakt

V roku 2015 sa v ČR odtransplantovalo 453 obličiek. Evidovaných na waiting liste zostalo na konci roku 2015 430 pacientov. Obličiek k transplantácii je podstatne menej ako je chorých pacientov čakajúcich na obličku. V dnešnej dobe môžeme získať obličky od altruistických, či príbuzenských darcov, darcov so smrťou mozgu (HBD), či NHBD darcov. Problémom u darcov so smrťou mozgu je ich marginalita. Ďalšou možnosťou sú darcovia z programu NHBD (Non Heart Beating Donor), novšia skratka je DCD (Donation after Cardiac Death) Sú to darcovia s preukázanou nezvratnou zástavou krvného obehu. Po ukončení odberu, ako u darcov so smrťou mozgu (HBD), tak u DCD darcov, sú obličky uložené do prezervačného roztoku. V súčasnej dobe existujú dve metódy prezervácie odobraných orgánov, statická prezervácia chladom (cold storage) a prístrojová pulzatilná hypotermická perfúzia (napr. pomocou prístroja LifePort Kidney Transporter LKT). Vo FN Ostrava využívame taktiež hypotermickú formu prezervácie obličiek, a to ako u marginálnych darcov, tak u darcov z programu DCD.

Kľúčové slová

prezervácia, konzervácia, transplantácia, obličky, perfúzia.

Abstract

There were transplanted 453 kidneys in Czech republic in 2015. 430 patients waiting for transplantation of kidneys remained on waiting list in the end of year 2015. The amount of

kidneys that are suitable for transplantation is always less than amount of sick people who are waiting. There are possibilities to get suitable kidneys- the first is to get it from altruistic donors and donors from family or getting suitable organs from dead donors with brain death (HBD - Heart Beating Donor) or NHBD (Non Heart Beating Donor). The problem with HBD is their marginality. The other option are donors with irreversible cardiac and blood circulation arrest - NHBD, newly DCD (Donation after Cardiac Death). In both - HBD and NHBD - the kidneys are stored in preservation solution. There are two ways of preservation nowadays: static cold storage and device pulsatile hypothermic perfusion (for example with LifePort Kidney Transporter LKT). We use hypothermic form of preservation of kidneys for marginal donors same as for DCD in FN Ostrava.

Key words

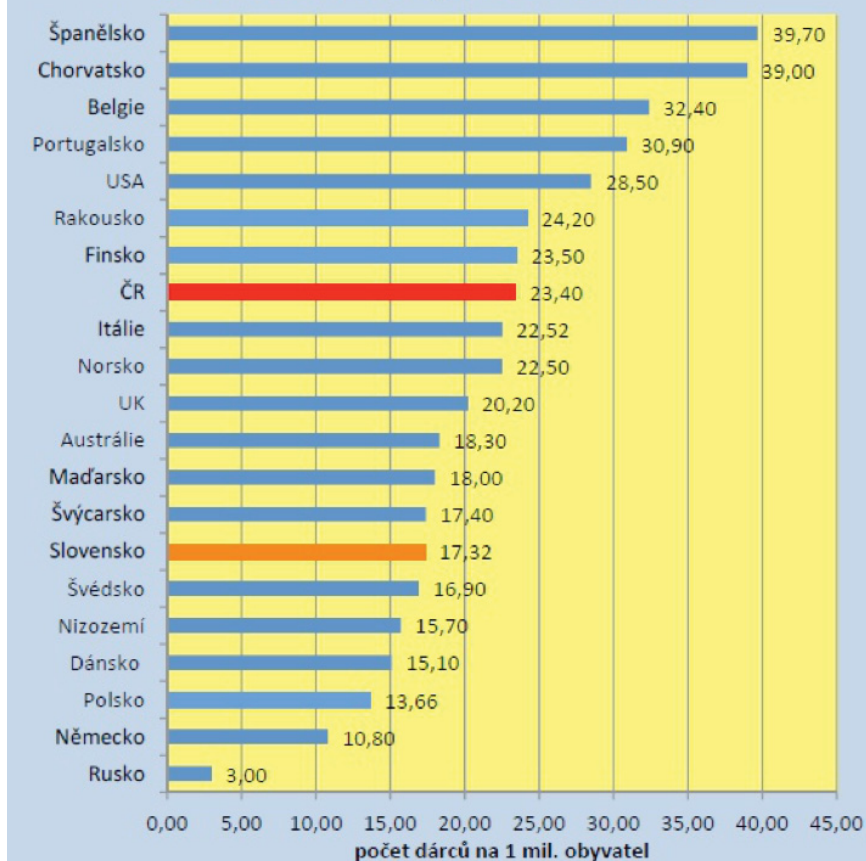
preservation, transplantation, kidneys, perfusion.

Celosvetovým problémom transplantáčnej medicíny je nedostatočný počet darcov a dlhé čakacie doby na vhodný orgán. V ČR v roku 2015 sa odtransplantovalo 453 obličiek. Evidovaných na waiting liste bolo i tak v na konci roku 2015 ďalších 430 pacientov podľa údajov Koordinačného strediska transplantácii v Prahe (1). Problémom zostava nedostatok orgánov vhodných k transplantácii, preto sa transplantačné centra snažia zvýšiť počty aktívnym vyhľadávaním

darcov, zavedením programu NHBD (Non Heart Beating Donor), novšia skratka je DCD (Donation after Cardiac Death) darcov a pod. (Graf č.1.)

Naším cieľom je zvýšiť počty úspešných transplantácii, minimalizovať mortalitu a po transplantačnú morbiditu chorých a predikovať afunkciu, či neskorý nástup funkcie štepu (2). Dôležitým faktorom je dostatočné balenie a označovanie orgánov. Konzervácia, balenie, označovanie orgánov a ich prevoz je daný vyhláškou MZ ČR č. 111 / 2013 zb., ktorá jasne určuje spôsob balenia orgánov, a taktiež pridelenie jedinečného identifikačného čísla (ID) každému darcovi, čo slúži k prevencii zámeny a jasnej identifikácii orgánu (3). V našom transplantačnom centre používame na identifikáciu orgánov špeciálne identifikačné štítky, ktoré vychádzajú z vyššie uvedenej vyhlášky. Významnú úlohu v tom hrá ochrana odobraných orgánov v intervale medzi odberom a opätovnou reperfúziou s využitím princípu hypotermie. V súčasnej dobe existujú dve metódy prezervácie odobraných orgánov, a to statická prezervácia chladom (cold storage) a prístrojová pulzatilná hypotermická perfúzia (napr. pomocou prístroja LifePort Kidney Transporter LKT). Statická prezervácia chladom (cold storage) je najjednoduchšia, najdostupnejšia a najlacnejšia metóda. Po prvýkrát bola použitá v roku 1969. Pozostáva z balenia orgánov do sterilných vreciek v kombinácii s perfúznym roztokom a ľadovou triešťou. Začína už v tele darcu, ihneď po prerušení

zemrelí dárči orgánů za rok 2015



Graf č. 1 Zemrelí dárči orgánů za rok 2015



Obrázok č.1 Priebeg balenia odobratých obličiek (Zdroj: autor)

krvného obehu v obličkách. Obličky sú hneď perfundované špeciálnym roztokom a ochladzované pomocou sterilnej ľadovej triešte. Týmto okamihom začína čas studenej ischémie (cold ischemic time – CIT). Čas studenej ischémie je ukončený obnovením krvného prietoku obličkou v tele príjemcu. Prípustná doba studenej ischémie je najviac 24 - 36 hodín. (4). Oblička je explantovaná spolu s cievnyimi stopkami a s časťami ureteru a uložená do sterilného vrečka s obsahom perfúzneho roztoku. Toto vrečko je tesne uzavreté a vložené do ďalšieho sterilného vrečka so sterilnou ľadovou triešťou. Opäť je vrečko pevne uzavreté a je vložené do sterilného vrečka, a to je vložené do prepravného kontajneru.

Tento kontajner je vložený do vrečka s označením identifikácie darcu a označením, o aký orgán sa jedná. Potom je kontajner vložený do prepravnej schránky (termobox s ľadovou triešťou alebo ľadovými kockami) a je riadne označený a pripravený k odoslaniu akceptujúcemu transplantáčnemu centru. V tomto boxe je orgán uchovaný pri teplote 0 - 4°C. Z prepravnej schránky je oblička vybratá až na operačnom sále pri samotnej transplantácii. Max. doba prezervácie je 24 hod., nevýhodou je nedostatočná ochrana orgánu poškodením teplou ischémiou. Najväčšou nevýhodou tohto spôsobu balenia orgánov je nemožnosť kontroly teploty orgánu. Je tu riziko omrznutia orgánu (2).

Pulzatilná hypotermická perfúzia pomocou prístroja LifePort Kidney Transporter.

V prípade hypotermickej prístrojovej perfúzie je pri odbere najprv z obličky vypláchnutá krv a následne je oblička uložená do sterilného prostredia perfúzneho prístroja (5) Perfúzny roztok je kontinuálne vháňaný do cievneho systému obličky (skrz napojenú a. renalis na špeciálnu preplachovú kanylu). Perfúzia je zaistená špeciálnym konzervačným roztokom pri teplote 1 – 10°C. Jednou z výhod pulzatilej



Obrázok č. 2 Prístroj LifePortKidney Transporter (Zdroj: autor)

perfúzie je i možnosť aplikovať do cievneho systému preplachovanej obličky liečbu s cieľom ovplyvnenia prípadných spazmov. Ďalšou výhodou je prevedenie transplantácie do režimu plánovaných výkonov – predĺžením „bezpečnej studenej ischemie“. Poskytuje možnosť testovania viability štetu (tlak, perfúziu, rezistenciu, teplotu).

Resistance: (mmHg/ml/min): je para-

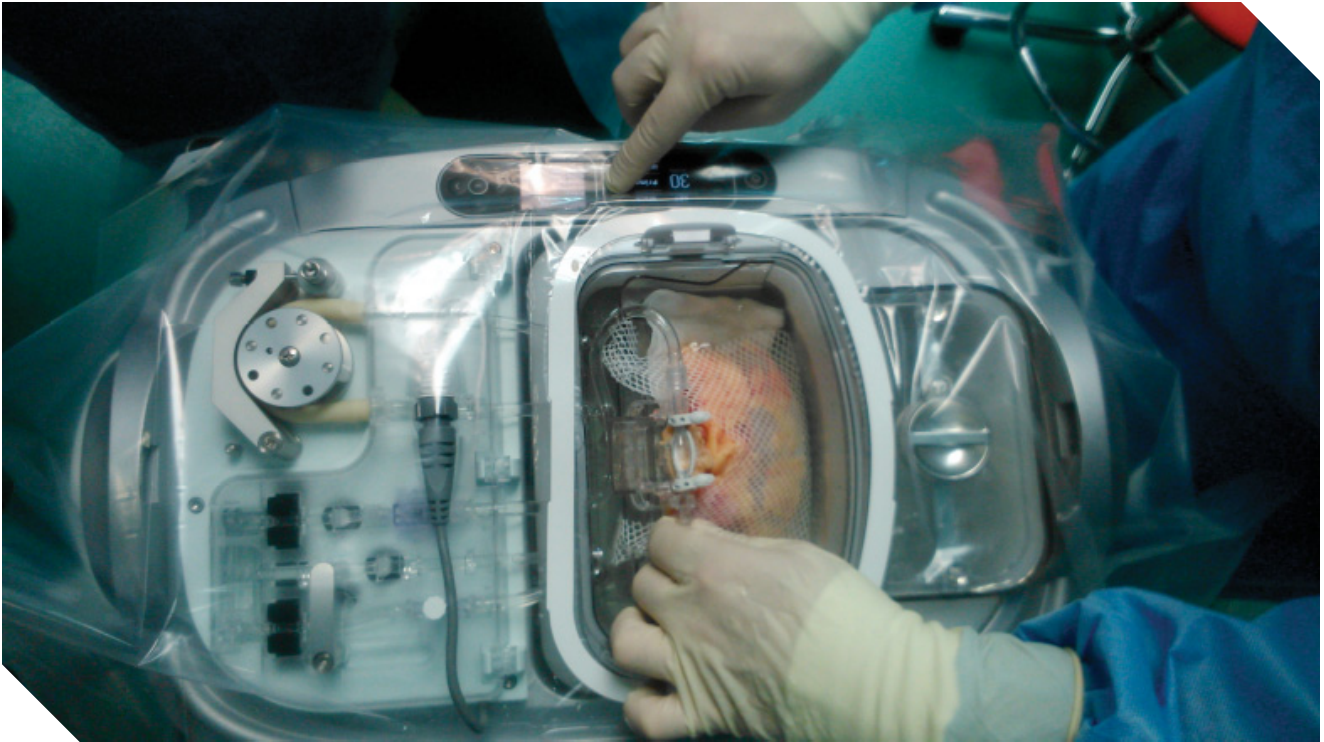
meter, vďaka ktorému môžeme odhadnúť viabilitu štetu ešte pred transplantáciou (renal resistance), $RR > 0,28$ (40% neskorý nástup štetu), $RR < 0,28$ (19% neskorý nástup štetu), $RR < 0,2$ (9% riziko straty štetu), $RR 0,2 - 0,3$ (12% riziko straty štetu), $RR > 0,3$ (27% riziko straty štetu), vysoká $RR =$ vysoká incidencia neskorého nástupu funkcie štetu.

Pressure (tlak): S/D (mmHg): je automaticky upravovaný prietok, aby nedošlo k barotraume s následným endoteliálnym poškodením, čím je nižší perfúzný tlak, tým lepší je výsledok.

Flow (prietok): (ml/min): po napojení sa prietok postupne zvyšuje (tzv. otvorenie obličky).



Obrázok č. 3 Pohľad na prístroj LifePortKidney Transporter (Zdroj: autor)



Obrázok č. 4 Oblička napojená na LifePortKidney Transporter (Zdroj: autor)

Temperature (teplota): teplota pod 0,5°C: – riziko omrznutia obličky, teplota nad 8°C: – riziko zlej konzervácie (6)

Vo FN Ostrava využívame od roku 2013 taktiež hypotermickú formu prezerváciu obličiek, a to ako u marginálnych darcov, tak u darcov z programu DCD, ktoré v našom transplantáčnom centre prebieha od roku 2015. Spolu sme tento prístroj použili 12-krát, teda sme naň napojili 12 obličiek.

Danú metódu sme použili pri napojení 4 obličiek od marginálnych darcov. A pri 8 obličkách od darcov z programu DCD. Veľkou výhodou daného prístroja najmä u darcov z programu DCD bola možnosť transportu odobraných obličiek v danom prístroji do akceptujúceho transplantáčného centra. V spolupráci s inými centrami sme takto odobraté orgány „poslali“ do Transplantáčného Centra Plzeň, CKTCH Brno a do Transplantáčného Centra Olomouc. Tieto centra majú rovnaké prístrojové vybavenie ako my vo FN Ostrava. Vedia teda tento prístroj obsluhovať. Prístroj funguje na vlastný externý zdroj, po celú dobu transportu ho operatér nášho transplantáčného

centra môže monitorovať a priebežne informovať akceptujúce centrum o stave a funkcii obličky.

Zdroje

1. Koordinační středisko transplantací, Transplantace orgánů v období od 1.1. do 31.12.2015 v ČR Web site. Praha. 2016. [cit. 2016-9-1]. Dostupné z <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2015/04/Transplantace-organu-v-CR-2015-1.vydani.pdf>
2. GLAC, Tomáš. *Transplantace orgánů - role transplantáčního koordinátora*. Ostrava, 2011. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Vedoucí práce PhDr. Renáta Zoubková.
3. MZČR, 111/2013 sb. Vyhláška ze dne 22. Dubna 2013 Web site. Praha. 2016. [cit. 2016-9-1]. Dostupné z <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=79873&n-r=111~2F2013&rpp=15#local-content>
4. KIESLICOVÁ, Eva. *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf, 2015, 334 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-451-7.
5. TŘEŠKA, Vladislav at al. *Transplantace ledvin od nebičících dárců*.

Praha: Maxdorf, 2008, 102 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-167-7.

6. LifePort Kidney Transporter Model: LKT - 100 , Uživatelský manuál Web site. 2016. [cit. 2016-9-1]. Dostupné z <http://www.organ-recovery.com/lifeport-kidney-transporter/lifeport-kidney-transporter-1.1>

Kontakt na autora

Mgr. Pavol Švec

Klinika anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika Transplantáčné centrum Fakultnej nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba, Česká republika e-mail: pavol.svec@fno.cz

Ošetrovateľstvo v psychiatrii - Odborné príspevky

Nursing in psychiatry - professional contributions

Z ČINNOSTI ODBORNEJ SEKČIE SESTIER PRACUJÚCICH V PSYCHIATRII

6TH INTERNATIONAL CONFERENCE FOR PSYCHIATRIC NURSES WITH PARTICIPATION OF VISEGRAD FOUR MEMBER STATES

„DIGNITY IN MENTAL HEALTH: PSYCHOLOGICAL AND MENTAL HEALTH FIRST AID FOR ALL”
12th - 13th of October 2016, Budapest

V dňoch 12. a 13. októbra 2016 sa uskutočnila 6. Medzinárodná konferencia psychiatrických sestier V4 v Budapešti, na ktorej sa zúčastnili všetci členovia výboru sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii SKSaPA, aby reprezentovali a zároveň rozvíjali vzájomné vzťahy a spoluprácu s inými psychiatrickými zariadeniami krajín V4, s cieľom priblížiť a odovzdať skúsenosti pri starostlivosti o duševne chorých.

Prvý deň konferencie 12. októbra 2016 sa uskutočnilo v sídle Komory maďarských zdravotníckych pracovníkov (MESZK) v Budapešti pracovné stretnutie výlučne pre zahraničných hostí - zástupcov krajín V4 s cieľom

oboznámiť sa so súčasnou situáciou psychiatrického ošetrovateľstva v prezentovaných krajinách. Po uvítacom ceremoniáli a prezentácii zahraničných hostí, predstaviteľov V4 a ostatných aktívnych účastníkov jednotlivých krajín odzneli aj úvodné príhovory zo strany lídrov – prezidentov profesijných organizácií združujúcich sestry a pôrodné asistentky – Mgr. Iveta Lazorová, dipl. pôrodná asistentka (prezidentka SKSaPA - SR), Dr. Zoltán Balogh (prezident Maďarskej komory zdravotníckych pracovníkov), ako aj predsedov sekcií psychiatrických sestier za jednotlivé krajiny V4 - Tünde Tunyi (Maďarsko), Bozena Kosinska (Poľsko), Mgr. Martina Dubovcová, PhD. (SR) a Mgr.

Tomáš Petr, PhD. (ČR). Účastníkov pracovného stretnutia v prvý deň konania medzinárodnej konferencie pozdravila prostredníctvom videopozdravu aj riaditeľka odboru ošetrovateľstva MZ SR PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., ktorá všetkým účastníkom zažela veľa šťastia pri napĺňaní cieľov v rámci zlepšovania systému starostlivosti o duševne chorých. V rámci panelovej diskusie odzneli príspevky v oblasti legislatívnej a forenznej regulácie psychiatrickej starostlivosti, otázky psychiatrickej a sociálnej starostlivosti o duševne chorých pacientov a vzdelávanie sestier v oblasti psychiatrického ošetrovateľstva. Súčasne prebehla aj diskusia ohľadom problémových oblastí psychiatrického



(Zdroj: autor)

ošetrovateľstva krajín V4, ktoré sa dotýkajú výrazného poddimenzovania personálnych noriem na pracoviskách psychiatrie, nedostatočného finančného ohodnotenia a absencie motivačných faktorov, a taktiež nie celkom optimálneho fungovanie komunitnej psychiatickej starostlivosti, ako aj absencia detenčných zariadení. V Českej republike sa v rámci reformy psychiatickej starostlivosti podarilo vytvoriť možnosť budovania a rozvoja centier pre duševné zdravie s podporou Vlády ČR. Po pracovnom stretnutí bola zabezpečená organizátorom prehliadka mesta Budapešť autobusom a príjemné posedenie v priateľskej atmosfére v reštaurácii Kaltenberg.

Druhý deň konferencie 13. októbra 2016 sa uskutočnil v Bulgarian Cultural Center podľa odborného programu, kde zazneli príspevky autorov zo všetkých krajín V4 s rôznymi témami, ako napríklad skúsenosti s forenznou psychiatriou, terapeutické skúsenosti a vyhodnotenie spokojnosti pacientov liečených zo závislosti, „aj muž je pomocník“ (dg. laktičná psychóza), psychologická prvá pomoc pred, peria a postnatálne obdobie – poučenie z národného programu, psychiatické ošetrovateľstvo v SR - príležitosti a výzvy, psychiatické sestry v Česku,

donútenie v praxi Poľských psychiatických sestier, ťažkosti s pacientmi žijúcimi s demenciou v HungaryCoercion, Európske základné kompetencie zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre seniorov, výkon sociálneho sektora v psychiatickom zariadení pacientov, riziká a agresie - frekvencia konfliktov v práci, špecifickosť povolania a mnohé ďalšie, ktoré obsiahli náročnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti duševne chorému pacientovi. Celkovo v rámci odborného programu konferencie odznelo 26 príspevkov. V rámci diskusií odzneli názory a skúsenosti k danej téme.

Záver druhého dňa konferencie sa niesol v odovzdaní putovnej kroniky organizovania nasledujúcej 7. medzinárodnej konferencie psychiatických sestier v roku 2017. Prezident Maďarskej komory zdravotníckych pracovníkov Dr. Zoltán Balogh, predsedníčka psychiatických sestier v Maďarsku Tünde Tunyi a prof. Katalin Papp, PhD. odovzdali symbolickú štafetu zástupcovi Českej asociácie sestier (ČAS) predsedovi sekcie psychiatických sestier Mgr. Tomášovi Petrovi, PhD. Medzinárodná konferencia psychiatických sestier pri svojej tradícii očakáva aj prínos v rámci výmeny skúseností a informácií pri starostlivosti o duševne chorého pacienta

a prehĺbenie vzájomných vzťahov s krajinami V4. Výsledkom je aj dohoda o výmenných pobytoch sestier na neformálnej úrovni v úzkom kruhu psychiatických zariadení na Slovensku s pozvaním na pracovné stretnutia. Získané informácie o smerovaní zdravotnej starostlivosti v kontexte duševne chorých pacientov v krajinách V4, možnosti rozvoja komunitnej starostlivosti, terénnej a psychoterapeutickej práce psychiatických sestier s dôrazom na zlepšovanie zdravotného stavu psychiatických pacientov predstavujú výzvu pre napredovanie strategického smerovania sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii. Závety zo 6. medzinárodnej konferencie psychiatických sestier V4 v Budapešti smerujú k progresívnemu a efektívnemu zameraniu všetkých členov V4, ako aj k prezentovaniu skúseností na 4. Európskom festivale psychiatických sestier v dňoch 11.-14.5.2017 na Malte v rámci európskej asociácie psychiatických sestier HORATIO.

Spracovala

Mgr. Martina Dubovcová, PhD.
Predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii



(Zdroj: autor)

PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?

právna poradňa



BENEFIT

SK SaPA

INFORMAČNÝ BULLETIN



občianske združenie



OŠETROVATEĽSTVO
A PÔRODNÁ ASISTENCIA

CASOPIS SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

UPLATNENIE HODNOTIACICH ŠKÁL PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI GERONTOPSYCHIATRICKÉMU PACIENTOVI

THE APPLICATION OF THE RATING SCALES, IN PROVIDING NURSING CARE TO THE PATIENT PSYCHIATRIC

OLGA LUKAČOVIČOVÁ

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok

Abstrakt

Práca prezentuje využitie hodnotiacich škál pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti gerontopsychiatrickému pacientovi v podmienkach ústavnej zdravotnej starostlivosti. Objektom skúmania je gerontopsychiatrický pacient, u ktorého sa posudzuje zdravotný stav na základe hodnotiacich škál. V práci prezentujeme prehľad jednotlivých druhov hodnotiacich škál s ohľadom na špecifickú zdravotného stavu pacienta a holistický prístup v ošetrovateľskej praxi. Vypracovali sme návrh vzorových hodnotiacich škál podľa potrieb gerontopsychiatrického pacienta a ich uplatnenie v praxi. Zamerali sme sa na posúdenie základných aktivít denného života, na bolesť, prevenciu a riziko pádu, hodnotenie rizika preležaniny, hodnotenie vedomia, kognitívnych funkcií, zmätenosti a depresie. Odporúčame uplatniť v ošetrovateľskej praxi pri starostlivosti o gerontopsychiatrického pa-

cienta hodnotiace škály na posudzovanie zdravotného stavu s cieľom zvýšiť úroveň a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová

hodnotiaca škála, gerontopsychiatrický pacient, ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

The work presents the use of the scales of assessment for the provision of nursing care to the patient in terms of constitutional health care geriatric psychiatric. The object of the investigation is a geriatric psychiatric patient is assessed on the basis of health status evaluation scales. At work we present an overview of the different types of assessment scales, with respect to the specific health status of the patient and a holistic approach in nursing practice. We have drawn up a draft sample assessment scales according to the needs of the geriat-

ric psychiatric patient and their application in practice. We focused on the assessment of the basic activities of daily life, the pain, and the risk of falls prevention, risk assessment, the assessment of the risk of bed sores, confusion, cognitive impairment and depression. We recommend that you apply in the nursing practice in caring for the patient's range of geriatric psychiatric evaluation on the health assessment, in order to increase the level and quality of health care provided.

Keywords

evaluation, the patient, nursing care, the range geriatric psychiatric.

Úvod

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v podmienkach ústavnej zdravotnej starostlivosti sa stretávame s rôznymi problémami. Od uspokojenia potrieb pacientov na určitej úrovni a v požadovanej kvalite,

cez problém personálneho zabezpečenia a materiálne technického vybavenia nemocnice, až po jej efektívne hospodárenie. Toto všetko prináša veľa nárokov aj na zdravotnícky personál, ktorý sa snaží skvalitňovať svoju prácu vzdelávaním a uplatňovaním moderných metód v ošetrovateľskej praxi.

Využitie hodnotiacich nástrojov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti hovorí o rozvoji ošetrovateľskej praxe. Použitie u špecifickej skupiny pacientov, ako sú gerontopsychiatrickí pacienti, predstavuje dodržanie určitých kritérií a nárokov na výber hodnotiaceho nástroja s rešpektovaním veku, pohlavia, mobility, stravovania, psychického stavu a pod.

Cieľom príspevku je prezentovať hodnotiace nástroje v ošetrovateľskej praxi uplatniteľné pri gerontopsychiatrickom pacientovi so zámerom zvýšenia kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a zlepšenia komfortu. Na základe dostupných zdrojov odporučiť vypracovanie databázy najvhodnejších hodnotiacich škál využiteľných v ústavnej zdravotnej starostlivosti a zaviesť ich používanie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti nielen gerontopsychiatrickému pacientovi, ale aj pacientom s inými duševnými poruchami.

Charakteristika gerontopsychiatrie

Starnutie a jeho fyziologické prejavy sleduje odbor gerontológie. Geriatria je medicínsky odbor zaoberajúci sa etiológiou, patogenézou, diagnostikou, liečbou a prevenciou chorôb v starobe. Rešpektuje zvláštnosti chorôb v tomto veku, zisťuje sociálne podmienky a dôsledky chronických chorôb. Cieľom je zachovanie funkčnej úrovne v období starnutia a udržanie kvality života, čo na najvyššej úrovni.

Gerontopsychiatria je odvetvie psychiatrie, zaoberajúce sa všetkými duševnými poruchami vo veku nad 65 rokov. Predpokladom úspešného liečenia pacienta s duševnými po-

ruchami v staršom veku je včasná diagnostika ochorenia aj prostredníctvom hodnotiacich škál používaných v praxi. Na zvládanie použitia škál sú potrebné vedomosti z odboru vnútorného lekárstva, neurológie, geriatrickej, psychiatrie a ďalších súvisiacich odborov. Len pre zaujímavosť uvediem, že špecifický výkon uplatnenia jednotlivých druhov hodnotiacich škál v praxi pri gerontopsychiatrickom pacientovi majú v náplni praktických zručností špecializačné študijné programy v geriatrii (1).

Čo je to hodnotiacia škála?

Hodnotiacia škála je nástroj na posúdenie zdravotného stavu pacienta a jeho špecifických problémov. Praktickým výstupom použitia nástroja je zistenie určitej hodnoty zdravotného stavu pacienta alebo jeho výkonu, na základe vyhodnotenia viacerých možností, stupnice alebo rozpätia. Výsledkom je záver, dosiahnuté skóre o danom probléme a jeho závažnosti.

Posúdenie zdravotného stavu u gerontopsychiatrického pacienta je náročný a zdĺhavý proces, ktorý si vyžaduje odborne spôsobilú sestru so špecifickými zručnosťami. Súčasťou posúdenia je využitie takých hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi, ktoré sú špecificky zamerané na potreby geriatrického pacienta, ako je diagnostika porúch súvisiacich s vekom, pohlavím, diagnózou a rizikovými faktormi prostredia. Pričom hlavný cieľ pre sestru je uspokojenie pacientových biopsychosociálnych a spirituálnych potrieb na požadovanej úrovni a kvalite. Na základe posúdenia pacienta potom sestra stanoví ošetrovateľskú diagnózu a realizuje potrebné intervencie s cieľom zlepšiť zdravotný stav pacienta.

Prehľad hodnotiacich škál

Hodnotiace škály používané v praxi musia spĺňať kritériá, ako je jednoduchosť, prehľadnosť, spoľahlivosť, časová nenáročnosť, objektivnosť, zameranie sa na konkrétny špecifický problém pacienta a merateľnosť

kvality poskytovanej starostlivosti. Sestry na gerontopsychiatrickom oddelení sa stretávajú s celou škálou problémov u pacientov, ktoré si vyžadujú včasné posúdenie a spoľahlivú diagnostiku. Práve výber vhodne zvolenej hodnotiacej škály má zabezpečiť včasnú prevenciu, diagnostiku a liečbu u pacienta.

Pre sestru hodnotiace škály predstavujú spoľahlivý nástroj na zvýšenie kvality poskytovanej starostlivosti gerontopsychiatrickému pacientovi a uplatnenie holistického prístupu, preto ich použitie v praxi považujeme za opodstatnené. Prvoradým cieľom použitia hodnotiacich nástrojov v praxi je rozšírenie databázy anamnestických údajov pacienta v čo najkratšom čase, následná realizácia intervencií pre dosiahnutie uspokojenia biopsychosociálnych a spirituálnych potrieb, validný záznam a zdokumentovanie údajov o pacientovom probléme, a v neposlednom rade právna ochrana sestier.

Z mnohých hodnotiacich škál a testov, ktoré sa môžu použiť v ošetrovateľskej praxi nielen u gerontopsychiatrického pacienta, spomenieme len zopár, ktoré sú zamerané na hodnotenie sebestačnosti, bolesti, rizika pádu, dekubitu, vedomia, kognitívnych funkcií, zmätenosti, depresie, vzniku žilovej trombózy, nutričného stavu a pod. V nasledujúcich riadkoch si priblížime najčastejšie používané hodnotiace nástroje v praxi u gerontopsychiatrického pacienta.

Barthelovej test aktivít denného života (ADL) (Tabuľka 1) je hodnotiaci nástroj, ktorý bol publikovaný prvýkrát v roku 1958 a bol pôvodne vyvinutý pre dlhodobo hospitalizovaných pacientov, pacientov s neuromuskulárnym a muskuloskeletárnym ochorením. Má uplatnenie je aj u pacientov s náhlou cievnou mozgovou príhodou v rámci rehabilitačnej liečby a pri osteoartróze seniorov. Je považovaný za jeden z najpoužívanejších nástrojov a viaceré štúdie preukázali

jeho citlivosť, jednoduchosť a dobrý skrining. Tento hodnotiaci nástroj je najviac používaný pri všetkých poruchách a odchýlkach u psychiatrických pacientov, najmä gerontopsychiatrických. Zameriava sa na potreby, ako je jedenie a pitie, obliekanie, kúpeľ, osobná hygiena, kontinencia moču a stolice, použitie WC, presun z lôžka na stoličku, chôdza po rovine a schodoch. Štúdiami bola dokázaná aj dobrá prediktívna validita. Vyhodnotenie tohto testu spočíva v kladení otázok na jednotlivé oblasti, kde každá z nich má pridelenú číselnú hodnotu 0, 5 alebo 10 podľa miery závažnosti, pričom 0 bodov predstavuje neschopnosť, 5 bodov s pomocou a 10 bodov samostatne. Maximálny počet získaných bodov je 100. Pri záverečnom hodnotení skóre dosiahnutých bodov môžeme prísť k záveru, že pacient je vysoko závislý

od našej činnosti pri získaní 0 až 40 bodov, závislosť stredného stupňa je charakterizovaná získaním 45 až 60 bodov, ľahká závislosť je pri 65 až 95 bodov, nezávislý je pacient pri 100 bodoch. Za nedostatok tohto nástroja je sústredenie sa len na oblasť fyzickej mobility a slabé rozlíšenie medzi ľahkou a strednou závislosťou (2).

McGILL Melzackov dotazník bolesti (Tabuľka 2) je škála na identifikovanie najčastejšieho prejavu akéhokoľvek ochorenia – bolesti, preto má nezastupiteľné miesto u gerontopsychiatrického pacienta, ktorý je väčšinou polymorbídny. Preto aj Dotazník bolesti je zložený z otázok, ktoré sa zameriavajú na zistenie pocitov pri bolesti v škále 20 možností ako napr. svrbenie, rezanie, pálenie, ubíjanie a pod. V ďalšej časti sa zameriavame na intenzitu bolesti, aká

je silná. V škále od 0 nepocítovania bolesti až po 5 neznesiteľnú bolesť. Ťažkosti spojené s bolesťou popisujú obmedzenie alebo ovplyvnenie na úrovni čiastočne alebo výrazne. Trvanie bolesti v priebehu dňa je zaznamenávané v hodinách. Dotazník sa zameriava aj na lieky používané pri bolesti. Posledným bodom je lokalizácia bolesti, určenie sily a vyžarovania bolesti, pocitov. Globálne skóre bolesti sa vypočítava na základe skóre kvality bolesti, intenzity prítomnej bolesti a skóre sprievodných príznakov. Tento hodnotiaci nástroj je náročný na čas a odbornú pripravenosť. Preto vhodnejším nástrojom pre hodnotenie bolesti v praxi je použitie vizuálnych deskriptívnych metód. Tieto obsahujú jednoduchú deskriptívnu škálu hodnotenia bolesti od 0 žiadnej až po 5 neznesiteľnú. Melzackova škála je podobná, kde 1

P.č.	ČINNOSŤ	ZVLÁDNUTIE ČINNOSTI	BODOVÉ SKÓRE
1	JEDENIE, PITIE	- samostatne, bez pomoci - s pomocou - nezávládne	10 5 0
2	OBLIEKANIE	- samostatne, bez pomoci - s pomocou - nezávládne	10 5 0
3	KÚPEĽ	- samostatne alebo s pomocou - nezávládne	5 0
4	OSOBNÁ HYGIENA	- samostatne alebo s pomocou - nezávládne	5 0
5	KONTINENCIA MOČU	- plne kontinentný - občas inkontinentný - inkontinentný	10 5 0
6	KONTINENCIA STOLICE	- plne kontinentný - občas inkontinentný - inkontinentný	10 5 0
7	POUŽITIE WC	- samostatne, bez pomoci - s pomocou - nezávládne	10 5 0
8	PRESUN Z LÔŽKA NA STOLIČKU	- samostatne, bez pomoci - s malou pomocou - vydrží sedieť - nezávládne	15 10 5 0
9	CHÔDZA PO ROVINE	- samostatne nad 50 m - s pomocou 50 m - na vozíku 50 m - nezávládne	15 10 5 0
10	CHÔDZA PO SCHODOCH	- samostatne, bez pomoci - s pomocou - nezávládne	10 5 0

Tabuľka 1 Barthelovej test (ADL) aktivít denného života
Zdroj: formulár/záznam používaný v PNPP Pezinok

JEDNODUCHÁ DESKRIPTÍVNA ŠKÁLA HODNOTENIA BOLESTI					
0 žiadna	1 mierna	2 stredná	3 silná	4 veľmi silná	5 neznesiteľná
MELZACKOVA ŠKÁLA					
1 mierna	2 nepríjemná	3 intenzívna	4 krutá	5 neznesiteľná	
NUMERICKÁ ŠKÁLA 0 – 100					
žiadna bolesť 0 - 10	mierna bolesť 10 - 30	stredne silná bolesť 30 - 70	neznesiteľná bolesť 70 - 100		
VIZUÁLNA ANALÓGOVÁ ŠKÁLA					
žiadna	mierna	stredná	silná	najväčšia bolesť akú si viem predstaviť	

Tabuľka 2 Škály na hodnotenie bolesti
McGill-Melzackov dotazník bolesti (Zdroj: Edusan, 1999) (3)

predstavuje miernu až po 5 neznesiteľnú bolesť. Naproti tomu numerická škála má rozpätie 0 až 100, žiadna, mierna, stredná a neznesiteľná bolesť. Posledná vizuálna analógová škála je charakterizovaná slovným vyjadrením žiadna, mierna, stredná, silná a najväčšia bolesť, akú si viem predstaviť.

Gaitov funkčný test prevencie pádu a určenia rizika pádu je zameraný na zistenie motorickej schopnosti pacienta udržať rovnováhu a zároveň je indíciou k zhodnoteniu rizika pádu u pacienta a následnej prevencii. Ide o jednoduchý, stručný, spoľahlivý, na čas nenáročný hodnotiaci nástroj,

ľahko použiteľný v praxi pri starostlivosti o geriatrického pacienta. Test pozostáva zo 4 úloh, ktoré sa postupne zadávajú pacientovi, aby ich urobil. Ako prvé požiadame pacienta, aby sa posadil na stoličku na 60 sekúnd. Potom ho požiadame, aby sa postavil a stál na mieste 30 sekúnd. Ďalej mu prikážeme, aby prešiel naprieč miestnosťou, a aby sa otočil. Ako poslednú úlohu mu prikážeme, aby sa vrátil k svojej stoličke a znovu si sadol. Celé vyhodnotenie testu potom spočíva v zhodnotení jednotlivých úloh. Ak pacient splnil všetky úlohy bez straty rovnováhy, potácania sa, spadnutia alebo hľadania predmetov, o ktoré by sa mohol oprieť, tak považujeme test

za negatívny. Pokiaľ sa vyskytnú vyššie uvedené problémy a pacient nie je schopný splniť úlohy a dokončiť test, je potrebná intervencia sestry ohľadne prevencie a určenia rizika pádu. Záverečné zhodnotenie rizika pádu sa pohybuje v 4 bodovej škále od nízkeho až po veľmi vysoké. Význam tohto testu spočíva vo vytvorení bezpečného prostredia pre pacienta, čo je na gerontopsychiatrii prioritou.

Nortonovej škála na posúdenie rizika vzniku dekubitu (Tabuľka 3) a jej rozšírená stupnica bola vytvorená v roku 1962 so zameraním na vyhodnocovanie rizík starostlivosti o geriatrických pacientov. Na základe tejto škály bolo

Body	Schopnosť spolupráce		Stav pokožky	Každé ďalšie ochorenie	Fyzický stav	Stav vedomia	Aktivita	Pohyb	Inkontinencia
4	úplná	<10	normálna	žiadne	dobry	dobry	chodí	úplná	nie je
3	malá	<30	alergia	Anémia Karcinóm Obezita Artérioskleróza Diabetes melitus	zhoršený	apatický	doprovod	častočne obmedzená	občas
2	častočná	<60	vlhká		zlý	zmätený	sedačka	veľmi obmedzená	prevažne moč
1	žiadna	>60	suchá	∇TT	veľmi zlý	bezvedomie	upútaný na lôžko leží	žiadna	moč + stolica
Hodnotenie		24 - 16 b Riziko vzniku dekubitu	15 - 12 b Stredné riziko vzniku dekubitu	11 - 8 b Vysoké riziko vzniku dekubitu	7 a menej b Veľmi vysoké riziko vzniku dekubitu				

Tabuľka 3 Nortonovej škála na posúdenie rizika vzniku dekubitu
Zdroj: formulár/záznam používaný v PNPP Pezinok

vyvinutých viac ako 38 hodnotiacich škál so zameraním na riziká starostlivosti. V škále sa hodnotia oblasti ako schopnosť spolupráce, vek, stav pokožky, každé ďalšie ochorenie, fyzický stav, stav vedomia, aktivita, pohyb a inkontinencia. Každá oblasť má 4 úrovne, podľa stupňa závažnosti a na základe toho môžeme prideliť body od 1 až po 4. Maximálny počet bodov je 24 (2). Za nedostatok tohto hodnotiaceho nástroja môžeme považovať chýbanie posúdenia nutričného stavu. Význam hodnotiacej škály je vo včasnom predchádzaní a identifikovaní dekubitov ako jedného z indikátorov hodnotenia kvality (4). Tento hodnotiaci nástroj má nezastupiteľné postavenie v praxi pri gerontopsychiatrickom pacientovi. Bodovacia schéma porúch vedomia podľa Beneša patrí k jednoduchým hodnotiacim nástrojom posudzovania stavu a porúch vedomia. Slúži ku zisteniu kvantifikovanej poruchy hĺbky vedomia u dospelých. Bodovacia schéma je rozdelená do dvoch okruhov reakcií na bolestivý podnet, kde prvý okruh má hodnoty od 0 až 4 body. Body sa nesčítavajú, ale zároveň s hodnotením vyjadrujú stav vedomia a bdlosti.

V jednotlivých bodoch je slovný popis reakcií pacienta na podnet od nereagovania až po obranné pohyby.

A. REAKCIA NA BOLESTIVÝ PODNET

- 0 -Pacient nereaguje žiadnym spôsobom
- 1 -Reaguje zrýchlením dychu, tepu, zmenou farby
- 2 -Reaguje decerebračným alebo dekortikačným pohybom končatín
- 3 -Reaguje nekoordinovanými pohybmi
- 4 -Reaguje koordinovanými obrannými pohybmi

Druhý okruh je číselne označený bodmi 5 až 8 a zahŕňa reakcie, ako vyhovenie slovnej výzve až po orientáciu miestom a časom.

B. VYHOVIE PO LATENCIJ JEDNODUCHEJ SLOVNEJ VÝZVE

- 6 -Vyhovie niekoľkým výzvam za sebou
- 7 -Odpovedá adekvátne na otázky, ale skoro sa vyčerpá
- 8 -Je úplne orientovaný miestom a časom

Hodnotenie spočíva v identifikovaní poradového čísla, ktoré zároveň znamená počet bodov vyjadrujúci stav vedomia a bdlosti. Výhodou tohto hodnotiaceho nástroja je nenáročnosť na čas a rýchla identifikácia porúch vedomia u pacienta. Význam použitia hodnotiaceho nástroja je pri náhlej zmene zdravotného stavu pacienta, s čím sa v praxi u gerontopsychiatrického pacienta veľmi často stretávame.

Folsteinov test kognitívnych funkcií alebo **Mini Mental State Examination (MMSE)** (Tabuľka 4) je stručný a spoľahlivý nástroj na skrining kognitívnych funkcií. Bol vyvinutý v roku 1975 a v praxi sa používa na odhalenie kognitívneho deficitu aj ako primárny indikátor stupňa Alzheimerovej demencie. S týmto testom sa môžeme v praxi stretnúť najčastejšie. Tento hodnotiaci nástroj sa využíva nielen u geriatrickeho pacienta s duševnou poruchou, ale aj u pacientov v mladšom veku, kde vplyvom duševnej poruchy dochádza k patologickým procesom v oblasti kognitívnych funkcií, ako je napr. diagnóza schizofrénie, bipolárnej poruchy, akútne psychotické stavy, organické

ORIENTÁCIA 10 S	ročné obdobie, rok, dátum, deň, mesiac, mesto, okres (kraj), krajina, názov ZZ, kde sme, poschodie
ZAPAMÄTANIE zopakovať	LOPATA ŠATKA VÁZA 0 chýb = 1 bod
POZORNOSŤ POČÍTANIE	„Teraz odpočítajte od 100 vždy 7, až odčítate 5x za sebou, skončíte.“ „Hláskujte pospiatky slovo POKRM.“ správne písmeno = 1 bod
VYBAVOVANIE zopakovať	LOPATA ŠATKA VÁZA 0 chýb = 1 bod
OZNAČENIE PREDMETU	„Čo je to?“ (Ukážte hodinky, ceruzku)
OPAKOVANIE	„ Prvá pražská paroplavba,“/ 0 chýb = 1 bod
STUPŇOVANIE PRÍKAZ	1. stupeň - uchopenie papiera do pravej (...) 2. stupeň - preloženie papiera na polovicu (...) 3. stupeň - polozenie papiera na zem (...)
ČÍTANIE PLNENIE PRÍKAZU	„zatvorte oči, prečítajte, čo je tu napísané a urobte to! 1 bod = splnenie príkazu do 10 sek., max. 3 pokusy
PÍSANIE	„napíšte ľubovoľnú vetu,“ /zmysel, podmet, prísudok/
OBKRES'OVANIE	viac pokusov, limit 1 minúta zachované všetky strany, uhly, prienik

Tabuľka 4 Orientačný diagnostický test (MMSE)

poruchy a pod. Existuje niekoľko modifikácií tohto nástroja, ktoré sa môžu používať samostatne alebo ako súčasť ďalších hodnotení. Pre jednoduchosť a praktické využitie hodnotiace nástroja u gerontopsychiatrického pacienta sme vybrali MMSE, ktorý sa skladá z 12 úloh usporiadaných do oblastí: časová a priestorová orientácia (10 bodov), kapacita pamäte (6 bodov), pozornosť (5 bodov), jazyk (3 body), plnenie príkazov (3 body), čítanie, písanie, prekresľovanie podľa predlohy (1 bod každý). Otázky sa pacientovi kladú maximálne 3 krát a na každú otázku má 10 sekúnd, za správnu odpoveď dostane 1 bod. Maximálny počet bodov je 30. Pri vyhodnotení je mierne zhoršenie kognitívnych funkcií vtedy, ak pacient dosiahne v teste 23 až 27 bodov. Mierna demencia je v teste ohraničená od 18 až po 23 bodov. Skóre stredne ťažkej demencie sa pohybuje v rozmedzí 10 až 17 bodov. Stav ťažkej demencie je pod 10 bodov. Odporúča sa hodnotenie pravidelne opakovať z dôvodu zvýšeného rizika výskytu demencie pri poklese skóre o 3 až 4 body za rok. Test je vhodný pre pacientov s miernym až stredným stupňom demencie (5).

Metóda stanovenia zmätenosti Confusion Assessment Method (CAM) na hodnotenie delíria bola vyvinutá so zámerom zlepšenia diagnostiky tohto ochorenia lekármi. Je charakterizovaná ako jeden z najpoužívanejších nástrojov skríningu delíria vo svete a využíva sa vo všetkých klinických odboroch. Hlavné uplatnenie našla pri paliatívnej medicíne a v geriatrickej medicíne. Pre gerontopsychiatrického pacienta je vhodná z dôvodu včasného zistenia príznakov delíria a zmätenosti, ktoré sú sprievodnými príznakmi viacerých ochorení, ako sú demencie, organické poruchy, cievné mozgové príhody a pod. V súčasnosti jej využívanie sestrami rastie, je však nutné absolvovať špecializované školenie hlavne z dôvodu zabezpečenia variability zistených výsledkov. Vörösová (6) ho považuje za „zlatý štandard na posúdenie delíria“. Existujú dve verzie tejto škály. Dlh-

šia verzia obsahuje oblasti ako akútny nástup, nepozornosť, čo je prítomné alebo abnormálne, dezorientované myslenie, zmena úrovne vedomia, dezorientácia, zhoršenie pamäti, poruchy vnímania, psychomotorická agitácia a spomalenie kmeňa spánkového cyklu. **Kratšia verzia** obsahuje oblasti funkcií ako 1 - akútny nástup alebo kolísanie, 2 - nepozornosť, 3 - zmätené myslenie, 4 - zmenená úroveň vedomia. Pri diagnostike delíria musia byť preukázateľné poruchy všetkých 4 funkcií. **Stupne zmätenosti sú nasledovné:** čulý (0 – normál), bdely (1 – hyperčulý), letargický (2 – ospalý, ľahko zobuditeľný), omámený (3 – ťažko zobuditeľný) alebo kóma (4 - nezobuditeľný). **Hodnotenie spočíva** v pridelení 1 bod za ÁNO, 0 bodov za NIE. CAM je pozitívna ak máme 4x ÁNO. Za nedostatok pri tejto hodnotiacej škále môžeme považovať nezhodnotenie stupňa alebo závažnosti delíria u geriatrického pacienta.

Geriatrická škála depresie Yesavage (GDS) je určená pre starších ľudí vo veku nad 65 rokov s možnými prejavmi depresie. Je to sebaopisová škála v praxi využívaná v troch formách dotazníka. **Najkratšia verzia škály** sa zameriava na 4 oblasti spokojnosti so životom, s naplnením života, s hrozbami a rizikami, pocitom šťastia. Táto forma dotazníka bola vytvorená zvlášť pre lekárov, ktorý sa nevenujú odboru psychiatria a napriek tomu potrebujú veľmi rýchlo diagnostikovať prejavy depresie u pacienta. Získanie 4 bodov za odpoveď je jednoznačným prejavom manifestujúcej depresie. Veľkou výhodou je nenáročnosť na čas strávený hodnotením. **Stredná a zároveň druhá verzia hodnotiacej škály**, ktorá obsahuje v dotazníku 15 otázok na sebaopisovanie je z praktického hľadiska najvhodnejšia. Vyžaduje krátkosť času a nie je náročná na odbornú pripravenosť (1).

Otázky Geriatrickej škály depresie yesavage sa zaoberajú týmito oblasťami:

1. Ste spokojný s tým, ako teraz žijete?
ÁNO – 0 / NIE - 1
2. Aké sú vaše aktivity, činnosti a záujmy – rovnaké ako predtým alebo ste väčšinu z nich zanechali?
ÁNO – 0 / NIE - 1
3. Máte niekedy pocit ničoty a prázdnoty Vášho života?
ÁNO – 0 / NIE - 1
4. Často sa nudíte?
ÁNO – 0 / NIE - 1
5. Aká je prevažne Vaša nálada, dobrá alebo zlá?
ÁNO – 0 / NIE - 1
6. Bojíte sa často, že sa Vám stane niečo zlé?
ÁNO – 0 / NIE - 1
7. Citíte sa väčšinou šťastný alebo nešťastný?
ÁNO – 0 / NIE - 1
8. Mávate často alebo prevažne pocit bezmocnosti?
ÁNO – 0 / NIE - 1
9. Zostávate radšej doma alebo máte radšej spoločnosť?
ÁNO – 0 / NIE - 1
10. Máte problémy s pamäťou, ktoré sú podľa Vášho názoru horšie ako u Vašich vrstovníkov?
ÁNO – 0 / NIE - 1
11. Myslíte si, že žijeme v peknej dobe?
ÁNO – 0 / NIE - 1
12. Mávate niekedy alebo dokonca často pocity, že ste pre ostatných bezcenný, že si Vás nevážia, nerešpektujú?
ÁNO – 0 / NIE - 1
13. Citíte sa prevažne dobre, plný energie a chuti do života?
ÁNO – 0 / NIE - 1
14. Mávate pocit beznádeje zo svojej situácie, zo svojho okolia, či zo svojho osudu?
ÁNO – 0 / NIE - 1
15. Myslíte si, že väčšina ľudí darí lepšie ako Vám?
ÁNO – 0 / NIE - 1

Hodnotí sa posledný týždeň, alebo terajší stav. Výsledné hodnotenie sa robí na základe pozitívnych odpovedí súvisiacich s depresiou, za ktorú sa získava 1 bod. **Manifestujúca depresia** u pacienta je charakterizovaná ak dosiahne viac ako 10 bodov. **Mierna forma depresie** je v rozmedzí 6 až 10 bodov. **Normálna nálada** je pri hodnote pod 5 bodov. **Tretia, najdlhšia forma hodnotiacej škály** má 30 položiek v dotazníku zameraných na sebaopisovanie. Okrem už spomenutých predchádzajúcich oblastí sa zameriava na sústredenosť, myslenie, vôľu, budúcnosť, potrebu pomoci, minulosť a schopnosť chápať nové veci. **Samotné vyhodnotenie** už spomenutých oblastí spočíva v zhodnotení skóre získaných bodov. Pri 15 až 22 bodov je diagnostikovaný ľahký stupeň depresie u pacienta. Ak prekročíme hranicu 22 bodov ide o ťažkú formu depresie. Za nedostatok považujeme náročnosť na čas a odbornosť, pretože škála je určená do rúk lekára psychiatra, ale napriek tomu v rámci rozširovania kompetencií sestier si myslíme, že sestra špecialistka v psychiatrii s II. stupňom vysokoškolského vzdelania a dosiahnutou praxou je plne spôsobilá a kompetentná vykonávať posudzovanie touto škálou. Verím, že v blízkej budúcnosti sa dočkáme legislatívnej úpravy kompetencií sestier, ktoré ich budú oprávňovať realizovať posudzovanie pacienta hodnotiacimi nástrojmi, a tým zlepšovať ošetrovateľskú prax a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Toto pranie a zároveň požiadavka praxe pri stále klesajúcom počte sestier je potrebná nielen v gerontopsychiatrii, ale aj v ostatných medicínskych odboroch.

Odporúčania pre prax sme navrhli na základe teoretických vedomostí a dostupných informácií z praxe pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti gerontopsychiatrickému pacientovi nasledovne:

1. Vypracovať strategický plán zavedenia hodnotiacich nástrojov do praxe

2. Identifikovať problémové oblasti u gerontopsychiatrických pacientov
3. Zostaviť databázu hodnotiacich nástrojov pre jednotlivé problémy
4. Aplikovať databázu do informačného systému
5. Vyškoliť zdravotníckych pracovníkov v používaní hodnotiacich škál
6. Monitorovať realizáciu hodnotiacich nástrojov v praxi
7. Kontrolovať využívanie hodnotiacich nástrojov auditom
8. Realizovať potrebné zmeny v praxi pri používaní hodnotiacich škál.

Pri dodržiavaní nasledovného postupu a výberom špecificky zameraných hodnotiacich škál podľa potrieb gerontopsychiatrických pacientov zabezpečíme zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čo je našim prvoradým cieľom. Pri využívaní hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi nesmieme zabúdať na holistický prístup k pacientovi a použitie u rôznych psychických ochorení.

Záverom chcem zdôrazniť potrebu využívania hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi, nielen pri posudzovaní gerontopsychiatrického pacienta, ale použitie vo všetkých odboroch medicíny. Použitie škál zlepší kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a uľahčí prácu sestier, prostredníctvom získavania väčšieho množstva údajov o zdravotnom stave pacienta a následnými cieľenými intervenciami realizovanými sestrou, podľa aktuálnych potrieb a problémov pacienta.

Na základe zistení z praxe a dostupných zdrojov môžeme konštatovať, že sestry napriek odbornej pripravenosti tieto nástroje v praxi nepoužívajú alebo len minimálne. U gerontopsychiatrického pacienta najčastejšie používajú hodnotiace nástroje na sebačnosť alebo hodnotenie rizika vzniku deku-bitu. Z výskumných štúdií sa dozvedáme, že v praxi úplne absentuje využitie geriatrickej škály depresie. Z tohto zistenia sa vynára otázka Prečo? Veď hodnotiace nástroje majú v rukách sestier zlepšovať kvalitu poskytovanej

starostlivosti a samozrejme zjednodušiť proces diagnostikovania pacientovho problému sestrou.

Preto vyzývam sestry, ktoré sú vzdelané, odborne spôsobilé na výkon svojej činnosti, aby v ošetrovateľskej praxi presadzovali využívanie hodnotiacich nástrojov prostredníctvom informačných systémov.

Zdroje

1. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. Geriatria pre praktického lekára. Bratislava: Herba, 2004, 298 s., ISBN 80-89171-06-0.
2. ŽIAKOVÁ, K. - GALAJDA, P. - ŠUTARÍK, L. et al. 2003. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve*: Vysokoškolské skriptá. 1.vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2003. 261s. ISBN 80-88866-28-6.
3. Edusan. K problematike kvantifikácie bolesti v neurológii. *Slovenská verzia McGill-Melzackovho dotazníka bolesti*. [online]. 1999, [vid. 18.08.2001]. Dostupné z: <http://www.edusan.sk/lekar/odbor-clanky/mcgill-melzackov-dotaznik-bolesti.htm>
4. ULRICHOVÁ, K. 2012. Využívanie hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov. Diplomová práca. Masarykova univerzita, Lekárska fakulta, Katedra ošetrovateľstva. 146 s.
5. DZÚRIK, R., TRNOVEC, T. (Eds) 2002. Štandardné terapeutické postupy. Osveta, Martin, 2002. ISBN 80-8063-088-7. 804 s.
6. VÖRÖSOVÁ, G. 2010. Vnútorňa konzistencia škály Cam na posúdenie akútnej zmätenosti. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2010, roč. 1, č. 3, s. 99 - 105.

Kontakt na autora

PhDr. Oľga Lukačovičová, MPH
Zámocká ul. 305/34, 900 90 Dubová
Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok
Mobil +421/0903045020
lukacovicova@pnpp.sk

PSYCHOLOGICKÉ DÔSLEDKY PREŽITÝCH TRÁUM V KONCENTRAČNÝCH TÁBOROCH

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF TRAUMA EXPERIENCED IN CONCENTRATION CAMPS

ANDREA ŠEVČOVIČOVÁ

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove



(Zdroj: autor)

Abstrakt

Preživší z nacistických koncentračných táborov zažili počas svojho väznenia rôzne podoby trýznenia, násilia a emocionálne ťažkých a stresujúcich situácií. V konfrontácii s vysokým pracovným zaťažením, vyčerpanosťou, únavou, hladom, nedostatkom spánku a týraním čelili denne krutým táborovým podmienkam. Po oslobodení sa u nich objavili príznaky vysokej dráždivosti, ktoré neboli prítomné pred prežitím traumy. Za prítomnosti porúch spánku a koncentrácie, návalov hnevu, poklesu sociálneho a pracovného výkonu a ďalších sprievodných príznakov trvajúcich viac ako mesiac, sa u nich ako dôsledok traumy preja-

vila posttraumatická stresová porucha - syndróm koncentračného tábora.

Kľúčové slová

Posttraumatická stresová porucha. Koncentračné tábory. Trauma. Dôsledky trýznenia.

Abstract

The survivors from Nazi concentration camps experienced different forms of torment, violence and emotionally hard and stressful situations during their imprisonment. In confrontation with high labour load, exhaustion, tiredness, starvation, lack of sleep, torture, they faced cruel camp conditions on daily basis. After

liberation, symptoms of hyperirritability emerged in them, which had not been present before experiencing the trauma. Posttraumatic stress disorder - a symptom of concentration camp - became evident in them as a result of trauma, together with sleep disorders and concentration disorders, fits of rage, decrease of social and working performance and other accompanying symptoms, which lasted more than a month.

Key words

Posttraumatic stress disorder. Concentration camps. Trauma. Consequences of torment.

Posttraumatická stresová porucha (*Post-traumatic stress disorder - PTSD*) predstavuje komplex psychologických symptómov vyvolaných zážitkom mimoriadne traumatizujúcej udalosti. Ide o úzkostnú poruchu typicky sa rozvíjajúcu po emocionálne ťažkej, stresujúcej situácii, ktorá svojou závažnosťou presahuje zvyčajnú ľudskú skúsenosť a býva pre väčšinu ľudí traumatizujúcou (1, 2). Zraniteľné bývajú obeť násilných činov, vojnoví veteráni, ako aj obeť prírodných, či iných katastrof (1). PTSD sa stala všeobecne uznávanou diagnostickou teóriou práve v dôsledku problémov, ktoré prežívali vojnoví veteráni. V prvej svetovej vojne sa podobné problémy označovali pojmom „granátový šok“ a v 2. svetovej vojne ako „vojnová trauma“ (2).

Kruté táborové podmienky vyúsťujúce do samovrážd

Väčšina žien a detí, starých, chorých a ranených osôb bola hneď po príchode do tábora vyselektovaná na likvidáciu do plynových komôr a krematórií. Ostatní mali v neľudských táborových podmienkach len malé šance na prežitie a záchranu života. Ťažká a úmorná práca, obmedzená priestorová kapacita, nízky stupeň hygieny, nedostatočné prídely potravy, prítomnosť krýs, vší a bích významne prispievali k vzniku a šíreniu epidémii rôznych chorôb, ktorým nedokázal vyčerpaný organizmus vzdorovať (3).

Vzhľadom na beznádejnosť situácie a neustále nebezpečenstvo smrti takmer každý väzeň uvažoval nad samovraždou. Jej najrozšírenejší spôsob predstavovalo dotknutie sa ostnatého drôtu, v ktorom prúdila elektrina. Spáchať samovraždu ale nemalo veľký význam, pretože šance na prežitie priemerného väzňa boli vzhľadom na okolnosti mizivé. Okrem opisovaných reakcií prežívali väzni utrpenie z veľmi bolestivých emócií, ktoré sa snažili čo najviac utlmiť. Na jednej strane nesmiernu túžbu po domove a rodine, a na strane druhej aj odpor voči všetkej ohyzdnosti, ktorá ich obklopovala. Naživo sa dokázali udržať

jedine tí väzni, ktorí rokmi putovania z tábora do tábora stratili vo svojom boji o prežitie všetky zábrany. Použili čestné aj nečestné prostriedky, dokonca aj brutálne násilie a zradu vlastných priateľov, aby sa sami zachránili. Tí, ktorí prežili s pomocou mnohých šťastných náhod alebo zázrakov vedia, že tí najlepší z nich sa nevrátili (4).

Pobyt v koncentračnom tábore bol u mnohých poznamenaný traumou zo straty najbližších už počas prvej selekcie pri vstupe do tábora. Väzni boli denne vystavovaní ponížovaniu, neľudskému zaobchádzaniu a týraniu. Prítomná bezmocnosť, konfrontácia so smrťou, znižovanie ľudskej dôstojnosti a neprítomnosť akýchkoľvek prejavov ľudskosti zanechali stopy na každom väzňovi, ktorý sa dožil oslobodenia. Spomienky na tábor smrti si so sebou niesli po celý zvyšok života. Dôsledky väznenia sa prejavili na telesnom aj duševnom zdraví.

Príznaky syndrómu z prežitých útrap

V odbornej literatúre sú popisované štyri skupiny príznakov PTSD. Prvá skupina sa prejavuje hlbokým odtrhnutím od každodenného života, za prítomnosti otupenosti emočných reakcií a straty záujmov. Druhú skupinu symptómov charakterizuje opakované prežívanie traumatickej udalosti vyúsťujúce až do problémov so zaspávaním. Tretiu skupinu príznakov prezentujú poruchy spánku, sústredenia a nadmerná ostražitosť. Poslednou skupinou je tzv. pocit viny za to, že prežili, zatiaľ čo ostatní zahynuli, hoci nebolo v ich silách im pomôcť (2). Mnohí z internovaných osôb, ktorí sa po rokoch rozhodli rozprávať o svojich zážitkoch, hovorili o pocite viny za vlastné prežitie (5). V istom zmysle každý, kto prežil holokaust, žije aj namiesto tých, ktorí zahynuli. Zachránili sa vďaka špeciálnym podmienkam, čistou náhodou alebo šťastiu, keď neboli na mieste tých, ktorí skončili v plynových komorách (6).

U človeka môže byť diagnostikovaná PTSD, ak sa u neho vyskytli určité symptómy prítomné v každej skupine

príznakov. Uvedené symptómy pretrvávajú aspoň mesiac a spôsobujú závažné problémy alebo ťažkosti v osobnom, či pracovnom živote. Komplex psychologických symptómov sa prejavuje predovšetkým opakovaným prežívaním traumatickej udalosti v myšlienkach, snoch a predstavách, aj keď sú čiastočne narušené (1). Znovuprežívanie psychotrauma sa objavuje počas bdenia alebo spánku, kedy sa človek prebúda s výrazne negatívnymi emóciami. Niekedy na jej znovuprežívanie stačí iba podnet, ktorý len vzdialene pripomína traumatizujúcu udalosť (7). Postihnutý sa vyhýba miestam a situáciám, ktoré môžu pripomínať traumu. Je úzkostný, neprímerane ostražitý, nedokáže sa sústrediť a koncentrovať, izoluje sa od okolia a má sklony k neprimeraným reakciám (1).

Stav zvýšenej vegetatívnej hyperaktivity sa prejavuje aj zvýšenou dráždivosťou a úľakovou reakciou, poruchami koncentrácie, ale tiež zvýšenými prejavmi agresivity (8). Prítomné môžu byť neustále sa vynárajúce a vtieravé rozrušujúce spomienky, zahrňujúce obrazy, myšlienky alebo pocity, ako aj opakujúce sa obťažujúce sny o udalosti. Môžu sa objaviť výbuchy hnevu, vyššia dráždivosť, ťažkosti s koncentráciou, prehnaná úzkosť, pocity cudzenia od iných, zúženie citového prežívania, neschopnosť prežívať radosť alebo výrazne oslabený záujem o činnosti (9).

Ľudia s PTSD sa často správajú tak, akoby boli neustále ohrození traumou, ktorá zapríčinila vznik ochorenia. Majú problém so sústredením sa a so zapamätaním si nových informácií. Dôsledkom extrémneho strachu, ktorý prežíval človek počas traumy, a ktorý ostal v priebehu neskorších životných udalostí nevyriešený, sa môžu dostať aj záchvaty paniky (1).

Celoživotné dôsledky väznenia v koncentračných táboroch

Väčšina tých, ktorí prežili holokaust, zažívala po návrate z koncentračného tábora rovnaké pocity.



(Zdroj: autor)



Postupne sa všetci v rôznej miere zapojili do normálneho života. Niektorí dokázali prekonať a potlačiť hrôzy, ktorých svedkami sa stali v tábore; iní sa stretávali s rôznymi psychickými poruchami a hlbokými depresiami (10). Zahraničné výskumy potvrdili u preživších holokaust prítomnosť viacerých príznakov posttraumatickej stresovej poruchy. Štúdia z roku 1992 odhalila u 46% zo 124 sledovaných osôb s priemerným vekom 62 rokov poruchy spánku, opakujúce sa nočné mory a intenzívnu úzkosť pri spomínaní (11). V inej štúdií sa pri sledovaní individuálnych odlišností v profiloch posttraumatického syndrómu u preživších holokaust v koncentračných táborech alebo v ukrytí, takmer u všetkých zo 100 respondentov potvrdila prítomnosť dotieravých myšlienok a úzkostí z pripomínania holokaustu. Záblesky z minulosti (flashbacks), skrátaná budúcnosť a strata pamäte istého časového úseku sa objavila u menej ako u polovice preživších (12). V niektorých prípadoch príznaky časom vymiznú, ale u niektorých ľudí

s PTSD pretrvávajú po mnoho rokov. Prítomné môžu byť súčasne aj ďalšie psychiatrické ochorenia, alebo táto porucha vedie ku vzniku iných ochorení, napr. depresie. Mnohokrát hľadajú postihnuté osoby úľavu od bolestného znovuprežívania traumy, pocitov osamelosti, viny a od panickej úzkosti v alkoholickom opojení, užívaní drog alebo liekov. Môže dôjsť až k rozvoju závislosti od týchto substancií. Ľudia sú tiež často ohrození samovražedným konaním, a to v dôsledku depresie, negatívneho sebahodnotenia, a tiež slabšej kontroly impulzov. Človek trpiaci v dôsledku prežitej minulej traumy, zlyháva potom v rôznych oblastiach (9).

Mlčanie o prežitej minulosti

Rakúsky psychiater Frankl, ktorý prežil väznenie v koncentračných táborech uvádza, že v duševných reakciách väzňov na život v koncentračnom tábore je posledným štádiom (po období prijatia a etablovania v každodennej rutine tábora) obdobie nasledujúce po prepustení a jeho oslobodení (4).

Preživší z koncentračných táborech sa po návrate domov nevedeli ešte dlho vyrovnávať so situáciou; mnohí to nedokázali do konca života. Jedna skupina ľudí v snahe zabrániť tomu, aby sa ich potomkovia dozvedeli pravdu o ich minulosti, mlčala o prežitých traumách. Druhá skupina cítila vnútornú potrebu hovoriť o koncentračných táborech (13). Podľa väzenkyne, ktorá prežila Osvienčim, obklopujú holokaust štyri druhy mlčania. Mlčanie z viny, mlčanie z hanby a mlčanie z hrôzy, ktoré je zároveň mlčaním z bezmocnosti. Preživší holokaust sú poznamenaní bremenom prežitého. Možno práve preto, že na nohách prekonávali ochorenia, boli dennodenne vystavovaní poniženiu a presiaknutí pachom státisícov spálených duší, našli v sebe silu a odvahu zaradiť sa do normálneho života, lepšie rozoznať ľudské hodnoty a vážiť si ich (14).

Odborná pomoc vyrovnávania sa s traumou

Nie každý vystavený psychotraume ochoreje na PTSD. Ochranným faktorom môže byť opora a podpora



(Zdroj: autor)

zo strany blízkých ľudí. Vyčítavé a obviňujúce reakcie pôsobia na schopnosť vyrovnávania sa s psychotraumou negatívne (7). V liečbe PTSD stojí na prvom mieste psychoterapia. Jej všeobecným princípom a cieľom je integrácia traumy do celku osobných skúseností človeka a zmiernenie alebo odstránenie jej negatívneho vplyvu na jeho duševný a telesný stav, ako aj rast jeho osobnosti (9). Predpokladom správneho naplánovania psychoterapeutickej liečby je ujasnenie príznakov. Vzhľadom na sklony k vyhýbaniu sa rozhovoru o prežívaných ťažkostiach nie je zahájenie terapie aj kvôli iracionálnym pocitom viny a hanby jednoduché. Dôležitým krokom v psychoterapeutickej liečbe je psychická stabilizácia. Výskum účinnosti liečebných metód pri PTSD poukazuje na najlepšie výsledky u psychoterapie (7).

Kognitívne-behaviorálna terapia sa zameriava na korekciu problematických a k utrpeniu vedúcich spôsobov myslenia a správania, ktoré sa rozvinuli v dôsledku zážitku traumy. Podporná psychoterapia sa snaží o vnútornú stabilizáciu a upokojenie pacienta. V rodinnej terapii sa členovia rodiny učia rozpoznávať prežívajúce emócie a vyrovnávať sa s nimi pomocou techník na zvládanie stresu. Diskusné skupiny zložené výlučne z ľudí, ktorí trpia PTSD povzbudzujú tých, čo prežili podobnú traumatickú udalosť, aby sa navzájom podelili o svoje zážitky a reakcie. Medikamentózna liečba sa využíva väčšinou v kombinácii s psychoterapiou. Pomáha kontrolovať príznaky PTSD, zvládať pridruženú depresiu, úzkosť, agresívne a impulzívne správanie, iné pridružené psychické poruchy, zmierniť vtieravé príznaky a príznaky zvýšenej dráždivosti (9).

Záver

Prežitá trauma z väznenia v koncentračnom tábore sa u internovaných prejavila po oslobodení v rôznych podobách. Niektorí sa s dôsledkami dokázali vyrovnávať bez odbornej pomoci, ktorá v čase aktuálnosti problému

nebola v minulosti dostupná tak, ako v súčasnej dobe. Tí, ktorí prišli počas väznenia o príbuzných a stratili aj mnohých priateľov, sa za prítomnosti vyššie spomínaných príznakov vyrovnávali s tragédiou komplikovane. Traumatická udalosť vyústila u niektorých do samovraždy.

Trauma vzdorujúca všetkým pokusom o pochopenie sa implicitne a skryte prenáša aj na generácie detí a vnukov preživších. Ide o tzv. empatický prenos traumy alebo sekundárnu traumatizáciu (5). Nastupujúca generácia tak s odstupom desaťročí prežíva traumy svojich rodičov, ktorá sa stala ich vlastnou traumou (13).

Zdroje

1. LONGAUEROVÁ, A. - BAČIŠINOVÁ, J. - ŠANTA, M. 2008. *Posttraumatická stresová porucha*. [online]. [cit. 2016-07-25] Dostupné na internete: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_146_31.pdf
2. NOLEN-HOEKSEMA, S. - FREDRICKSON, B. L. - LOFTUS, G. R. - WAGENAAR, W. A. 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, 2012. s.589 - 591. ISBN 978-80-2620-083-3.
3. ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2014. Osobitosti záchranu ľudského života v podmienkach koncentračných táborov. In: *Ošetrovateľstvo bez hraníc*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2014. s.322. ISBN 978-80-89542-45-1.
4. FRANKL, V. E. 2011. *Hľadanie zmyslu života. Napriek všetkému povedať životu áno*. Bratislava: Eastone Books. s. 7, s.16, s.18. ISBN 978-80-8109-159-9.
5. GÁL, E. 2012. *O pôvode morálky*. [online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2012/ppp3-2012-cla6.pdf>
6. LAHAV, Y. 2003. *Zjazvený život*. Levice: Vydavateľstvo L.C.A, 2003. s. 127. ISBN 80-8889-793-9.
7. TRENCKMANN, U. - BANDELOW, B. 2005. *Psychiatria a psychoterapia*. Bratislava: Vydavateľstvo F, 2005. s.125 - 129. ISBN 978-80-8895-226-3.

8. KOCOURKOVÁ, J. 2008. Posttraumatická stresová porucha. In HORT, V. - HRDLIČKA, M. - KOCOURKOVÁ, J. - MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. s.252. ISBN 80-7367-404-1.
9. KUSÁ, K. 2006. *Posttraumatická stresová porucha (PTSP)*. [online]. [cit. 2016-07-15]. Dostupné na internete: http://www.psychoterapia-sk.sk/data/files/20_ptsp.pdf
10. ZINN-COLINS, Z. - McAULEY, A. 2010. *Přežil jsem peklo Bergen-Belsen*. Libeň: Víkend. s.219. ISBN 978-80-7222-668-9.
11. KUCH, K. - COX, B.J. 1992. Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. In *American Journal of Psychiatry*, Volume 149, Issue 3, 1992, Pages 337-340.
12. YEHUDA, R. et al. 1997. Individual Differences in Posttraumatic Stress Disorder Symptom Profiles in Holocaust Survivors in Concentration Camps or in Hiding. In *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 10, No. 3, 1997, Pages 453-463.
13. HRADSKÁ, K. 2012. *Trauma z holokaustu, trauma dvoch generácií*. [online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2012/ppp3-2012-cla6.pdf>
14. HRABOVECKÁ, H. 1998. *Ruka s vytetovaným číslom*. Bratislava: PT, 1998. s.53-54, s. 72. ISBN 80-88912-03-2.

Kontakt

PhDr. Andrea Ševčovičová
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1
08001 Prešov
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

PLÁNOVANÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SKSaPA V ROKU 2016

Podrobnejšie informácie o všetkých plánovaných aktivitách sústavného vzdelávania nájdete na stránkach:
www.sksapa.sk a <https://portal.sksapa.sk>

**VI. Celoslovenská konferencia sestier a iných zdravotníckych pracovníkov
pracujúcich na pracoviskách Centrálnej sterilizácie spojenú s voľbami
do sekcie sestier pracujúcich na CS pri SKSaPA**

Téma

Starostlivosť o zdravotnícku pomôcku v praxi, Bezpečnosť v procese prípravy zdravotníckych pomôcok, Kazuistiky

Dátum

9.-10.11.2016

Miesto konania

Bratislava Kongresové centrum Družba, Botanická č.25, 841 04

Viac informácií na portal.sksapa.sk a www.sksapa.sk

Welcome to Ostrava!!!



4.

**POSTGRADUÁLNI KURZ
SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI**

Ostrava 2017

Pod záštitou

Profesní a odborové unie zdravotníckých pracovníků
České asociace sester
Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

Jako súčasť

19th Colours of Sepsis 2017

Ostrava, 7. - 8. únor 2017

Viac informácií na web stránke: <http://www.sepseostrava.cz/sepse/>

Konferencia s dr. Nilsom Bergmanom

zaradená medzi aktivity sústavného vzdelávania SK SaPA

19. 11. 2016 (sobota), Žilinská univerzita v Žiline



- ▲ Vedecké dôkazy a výskum týkajúce sa perinatálneho obdobia a stabilizácie novorodenca
- ▲ Perinatálna starostlivosť o fyziologických a patologických novorodencov
- ▲ Kontakt koža na kožu po pôrode pre všetkých novorodencov, narodených v termíne i predčasne

Dr. Nils Bergman

Švédsky lekár (M.D.) a výskumník pôsobiaci v Južnej Afrike, Ph.D. z farmakológie, vyhľadávaný svetový prednášateľ, autor mnohých významných štúdií, medzinárodne uznávaný expert v oblasti neonatológie, pôrodnictva, vývinovej neurovedy a dojčenia.

Jeho príchod na Slovensko je jedinečnou príležitosťou uvidieť ho naživo.

Zaregistrujte sa na: www.mamila.sk

Registračný poplatok 58 €, pre členov SK SaPA 40 € • Uzávierka prihlášok do 11.11.2016



mamila
poradenstvo pri dojčení

Kurz německého jazyka v Drážďanech pro zdravotní sestry / zdravotní pečovatele

Máte diplom v oboru všeobecná sestra, ale neumíte německy? – Žádný problém!

Podle úrovně znalosti německého jazyka se budete účastnit jazykového kurzu.

V průběhu bezplatného kurzu německého jazyka A2 od nás dostanete finanční podporu 300 € měsíčně. Poplatky spojené s příjezdem do Drážďan Vám uhradíme také.

Po ukončení kurzu A2 s Vámi uzavřeme pracovní smlouvu s 20 hodinovou týdenní pracovní dobou jako ošetrovatelka. Vyděláte si cca 650 € čistého.

Tříkrát týdně se budete nadále zdarma účastnit německého kurzu na úrovni B2. Kurz bude zakončen jazykovou zkouškou, která je nutná k uznání Vašeho diplomu v Německu.

Po uznání diplomu všeobecné zdravotní sestry s Vámi uzavřeme pracovní smlouvu na plný úvazek (cca 35 hodin týdně), vyděláte si cca 1250€ čistého.



Ozvěte se nám – tohle je Vaše šance!

Kontaktujte nás od pondělí do pátku od 09:00 do 17:00 hodin. Účast na kurzu je omezená. Začátek kurzu bude stanoven po přešle domluvě a dle potřeb účastníků.

Vyžadujeme:

- Diplom: Bakalář (Bc.): studijní program ošetrovatelství, obor všeobecná sestra nebo Diplomovaný specialista (DiS.): obor diplomovaná všeobecná sestra

Nabízíme Vám

- Ubytování zdarma
- Měsíční jízdenku po Drážďanech
- Bezplatný kurz německého jazyka
- Příplatky za: noční, víkendy, svátky a přesčasy
- Osobní zákaznickou podporu v rodném jazyce
- Cestovní přípojištění/ později zdravotní pojištění v Německu

Naše kontakty jsou Vaší šancí!

✉ BAndruskivova@personalservice-alpha.cz

Tel.: +49 351 64 75 65 14

www.personalservice-alpha.cz



Altplauen 1 • 01187 Dresden

L'UBICA POLEDNÍKOVÁ, ALICA SLAMKOVÁ, L'UBOSLAVA PAVELOVÁ, DANA ZRUBCOVÁ, MIROSLAVA LÍŠKOVÁ, MÁRIA SEMANIŠINOVÁ

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Príspevok bol podporený KEGA č. projektu 011UKF-4/2014, s názvom Education and Counselling in Telenursing in Home Health Care, 2014-2016.

Abstrakt

Cieľom bolo zistiť a analyzovať záujem návštevníkov nami vytvorenej webovej stránky: www.kega.fsvaz.ukf.sk o edukáciu a poradenstvo v oblastiach domácej starostlivosti o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich. Ako výskumnú metódu sme použili obsahovú analýzu elektronických dokumentov na menovanej webovej stránke, ktorá má dve časti – edukačnú (edukačné materiály) a diskusné fórum. V časti diskusné fórum výskumný súbor tvorilo 70 respondentov – 60 žien a 10 mužov vo veku od 18 až do 76 rokov, priemerný vek bol 40,3. Z hľadiska roly respondenta, otázku položili 16 pacienti, 52 rodinných príslušníkov/známych a 2 profesionálne opatrovatelky. Zistili sme, že najviac navštevovanou oblasťou v edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta s počtom zobrazení 5508 a najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma „Starostlivosť o pacienta s bolesťou“ (2782 zobrazení), ďalej nasledovali oblasti: starostlivosť o seniora (3815), o chirurgického pacienta (2767) a o psychicky chorého (2509). V diskusnom fóre bolo položených 70 otázok, najviac (34) sme zaregistrovali v oblasti starostlivosti o seniorov. Obsahové zameranie otázok bolo veľmi pestré, zahŕňali biologické, psychické aj sociálne potreby pacientov alebo ich opatrovateľov. Profesionálne poradenstvo a edukácia na diaľku sa javí ako efektívny spôsob, ktorý má potenciál

poskytnúť informácie veľkému počtu ľudí nákladovo efektívnym spôsobom.

Kľúčové slová

teleošetrovateľstvo, edukácia, domáca starostlivosť, webová stránka.

Abstract

The objective was to find out and analyse interest of the visitors of the website: www.kega.fsvaz.ukf.sk in education and counselling in the areas of home care for the elderly, the mentally ill, surgical patients, and the dying. We used content analysis of the electronic documents on the website which has two parts – educational (educational materials) and the discussion forum. In the part the discussion forum, the sample included 70 respondents – 58 women and 10 men aged from 18 to 76 years, the average age was 40.3. As for the roles of the respondents, the questions were asked by 16 patients, 52 family members/friends, and two professional caregivers. We found out the most commonly visited area in the educational part of the website was the area of care for dying patients with 5,508 visits; the most commonly visited educational topic was the topic “Care for patients with pain” (2,782 visits); other areas were visited as follows: care for the elderly (3,815 visits), care for surgical patients (2,767), and care for the mentally ill (2,509). In the discussion forum, 70 questions were asked; the most questions (34) were in the area of care for the elderly. The content focus

of the questions was miscellaneous; they included biological, psychological, and social needs of patients or their caregivers. Professional counselling and education at a distance appears as an effective way which has a potential to provide information to a large number of people cost-effectively.

Keywords

telenursing, education, home care, website.

Úvod

S rozvojom informačných a komunikačných technológií sa zaznamenal rozmach i vo sfére zdravotníctva. V súvislosti s tým vznikol nový pojem: eHealth, ktorý má mnoho podôb a definícií. Podľa Kukurovej, Vlčáka (1) vyjadruje možnosť využitia internetu a rôznych iných informačných a komunikačných technológií, v rámci ktorej dochádza k výmene, uchovávaniu informácií v zdravotníctve spôsobom, ktorý mení samotné zdravotníctvo. V širšom pohľade charakterizuje nielen technický vývoj, ale aj spôsob myslenia, správania a záväzný prístup k vzájomnému prepojeniu s cieľom zlepšiť zdravotnú starostlivosť lokálne, regionálne i celosvetovo pri využití informačných a komunikačných technológií (2). Hlavným cieľom eHealth je prostredníctvom informačno-komunikačných technológií poskytovať zdravotnícke informácie v správny čas a na správnom mieste a tým prispieť k zvýšeniu kvality života občanov, zlepšeniu ich zdravia ako aj

zefektívniť finančné úspory, ktoré môžu byť použité v iných sférach zdravotnej starostlivosti (3).

Súčasťou eHealth je aj telemedicina a teleošetrovateľstvo. Podľa Kumar (4) je telemedicina : „... metóda, ktorou je možné pacientov vyšetřovať, testovať, monitorovať a liečiť, pričom sa pacient a lekár nachádzajú na dvoch rôznych miestach“. Napriek tomu, že pojem telemedicina nie je na Slovensku legislatívne definovaný, môžeme označiť jeho hlavné prínosy pre pacientov či zdravotníckych pracovníkov. Ide hlavne o stanovenie diagnózy v reálnom čase na diaľku bez potreby cestovania, telekonzultácie medzi lekármi pri stanovovaní diagnóz, telekonziliá v rámci vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, poskytovanie zdravotnej starostlivosti na diaľku. Teleošetrovateľstvo sa vzťahuje na použitie informačnej a telekomunikačnej technológie pri poskytovaní ošetrovateľských služieb v prípade, že je veľká fyzická vzdialenosť medzi pacientom a sestrou (4). Podľa Kamei (5) je tento systém založený na interakcii pacienta a sestry a môže poskytnúť včasné zdravotné pokyny pre pacientov bývajúcich vo všetkých oblastiach. Teleošetrovateľstvo nechce podstatne meniť ošetrovateľský prístup uskutočňovaný metódou ošetrovateľského procesu, jeho cieľom je doplniť, prípadne vo vhodných situáciách nahradiť bezprostredný kontakt s pacientom telekontaktom (6). Napriek tomu, že komunikácia s pacientmi sa realizuje prostredníctvom internetu alebo telefónu, platia tu rovnaké pravidlá. Je možné používať prepojenie pomocou audio a video kanálov, diaľkového monitorovacieho zariadenia alebo digitálneho nástroja, no ošetrovateľská starostlivosť zostáva rovnaká. Z tohto hľadiska nám teleošetrovateľstvo prináša množstvo výhod, a to jednak z pohľadu pracovníka, ale aj z pohľadu pacienta. Kukurová, Vlčák (1) upozorňujú na to, že teleošetrovateľstvo môže pomôcť riešiť rastúci deficit sestier, ušetriť čas na cestovanie a udržať pacientov mimo nemocnice. V skutočnosti je telehealth považovaná za tak efektívnu službu zdraviu obyvateľstva, že v roku 1997 WHO oznámi-

la, že sa stala súčasťou ich stratégie „Zdravie pre všetkých“ a mala by byť k dispozícii všetkým ľuďom (7).

Najvhodnejším prostredím pre uplatnenie teleošetrovateľstva je starostlivosť v prirodzenom sociálnom prostredí. Využitie telekontaktu, teleošetrovateľstva v rámci domácej starostlivosti má predovšetkým zabezpečiť minimalizovanie sociálnej izolácie pacienta/ klienta a vyššiu mieru nezávislosti od okolia. Podľa Ahmedzaiovej (8) je telekomunikačný kontakt dobrým riešením pre pacientov, ktorí žijú doma a sú slabí nato, aby mohli špecialistu navštíviť. Pre zvýšenie bezpečia pacienta je potrebné zároveň zabezpečiť systémy, ktoré budú minimalizovať domáce ohrozenia zdravia, monitorovať potreby pacienta, jeho vitálne funkcie, alebo umožnia včasný kontakt so záchranými zložkami (1).

Telemedicina a teleošetrovateľstvo majú v zahraničí široké využitie, zameriavajú sa na všetky vekové kategórie, pacientov s chronickými chorobami, v paliatívnej starostlivosti, po chirurgických zákrokoch so zameraním na ošetrovanie rany, starostlivosť o umelý vývod, o pacientov s enterálnou alebo parenterálnou výživou (9, 10). Viacerí autori uvádzajú významný prínos teleošetrovateľstva pri manažovaní takých ochorení, ako je ischemická choroba srdca, zlyhanie srdca, diabetes, alebo CHOCHP (11, 5). Teleošetrovateľstvo je tu aplikované v dvoch základných oblastiach starostlivosti a to je telemonitoring a teleedukácia. Typickým príkladom monitorovania je elektronické zaznamenávanie vitálnych funkcií pomocou diaľkovo riadeného systému, tzv. telemonitoring (12). Sestra môže prostredníctvom teleprenosu sledovať stav zdravia pacienta, stav sebaopate-ry, stav akútnej alebo chronickej rany, a pod. (13, 14). Podľa Kamei et al, (5) teleošetrovateľstvo umožňuje denné sledovanie duševných a telesných stavov pacientov v domácej starostlivosti s chronickými chorobami, starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím, čo môže pomôcť pacientom a opatrovateľom pri rozhodovaní o tom, či je

potrebná urgentná zdravotná starostlivosť. V oblasti edukácie pacienta ide o dodávanie informácií týkajúcich sa zdravia, poradenstvo, učenie sa zamerané na nácvik aplikácie inzulínu alebo ošetrovania rany, vrátane poskytovania odkazov na zdroje, toxikologické centrá, linky pomoci a pod. (15). Ahmedzaiová (8) poukazuje na rolu sestry ako poradkyne v debatách prebiehajúcich v e-mailových diskusných skupinách a chatových miestnostiach pre pacientov.

Hlavným motívom práce bola naša snaha aplikovať teleošetrovateľstvo na Slovensku v oblastiach edukácie a poradenstva. Cez grantovú agentúru MŠVaV SR - KEGA sme získali grant na projekt pod názvom „Edukácia a poradenstvo ako súčasť teleošetrovateľstva v domácej zdravotnej starostlivosti“. Projekt rieši problematiku využívania informačných technológií pri ošetrovaní pacientov v domácej zdravotnej starostlivosti so zameraním na edukáciu a poradenstvo. Cieľom projektu bolo aplikovať nový ošetrovateľský prístup a monitorovať záujem pacientov a rodinných príslušníkov o túto formu starostlivosti. Realizácia projektu zahrnuje vytvorenie webovej stránky, jej naplnenie edukačnými obsahmi a spustenie diskusného fóra o zdravotných problémoch pacientov v domácom prostredí. Riešiteľský kolektív zabezpečil odborné poradenstvo a edukáciu v oblastiach geriatrickej starostlivosti, starostlivosti o rany, psychiatrickej a paliatívnej starostlivosti. Výsledky získané v riešenom projekte by mali prispieť k zisteniu použiteľnosti teleošetrovateľstva v domácej starostlivosti v našich podmienkach a k zisteniu záujmu klientov o tento spôsob ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľom nášho skúmania bolo zistiť a analyzovať záujem návštevníkov webovej stránky: www.kega.fsvaz.ukf.sk o edukáciu a poradenstvo v oblastiach domácej starostlivosti o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich, ktorá bola vytvorená v rámci spomínaného projektu.

Materiál a metodika

Vzhľadom na to, že prístup k edukačnej časti menovanej webovej stránky bol voľný, charakteristiky výskumného súboru sme nezískali. V časti diskusné fórum výskumný súbor tvorilo 70 respondentov – 60 žien a 10 mužov vo veku od 18 až do 76 rokov, priemerný vek bol 40,3, smerodajná odchýlka 17,1, medián bol 40 rokov. Z hľadiska roly respondenta, otázku položili 16 pacienti, 52 rodinných príslušníkov/známych a 2 profesionálne opatrovatelky.

Ako výskumnú metódu sme použili obsahovú analýzu elektronických dokumentov, ktoré obsahuje webová stránka: www.kega.fsvaz.ukf.sk. Stránka má dve časti – edukačnú (materiály o starostlivosti o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich) a diskusné fórum, kde ľudia kladú otázky v štyroch oblastiach starostlivosti o zdravie. V prvej časti stránky sme zbierali informácie o návštevnosti (počet zobrazení) v štyroch oblastiach starostlivosti, so zameraním na jednotlivé edukačné témy. V druhej časti stránky sme zisťovali záujem respondentov podľa počtu položených otázok v jednotlivých oblastiach diskusného fóra (starostlivosť o seniorov, psychicky chorých, chirurgických pacientov a zomierajúcich) a analyzovali sme zameranosť otázok v diskusnom fóre. Zároveň sme zisťovali demografické charakteristiky diskutujúcich – vek, pohlavie, rola (pacient, opatrovatel) cez nimi uvedené údaje.

Výsledky

V kvantitatívnej analýze sme urobili výpočet týkajúci sa celkovej návštevnosti stránky ako aj jednotlivých tém zahrnutých do štyroch oblastí starostlivosti (o seniora, o psychicky chorého, o chirurgického pacienta, o zomierajúceho) (Tab. 1). Následne sme analyzovali jednotlivé otázky položené v diskusnom fóre v štyroch oblastiach starostlivosti cez tieto elementy: kto sa pýtal, čoho sa otázky týkali, aká bola reakcia na odpoveď, počet zobrazení pri jednotlivých otázkach (Tab. 2, 3). Kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu sme robili k dátumu 16.10.2016.

Z tabuľky 1 vyplýva, že najviac navštevovanou oblasťou v edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta s počtom zobrazení 5508, druhou v poradí bola oblasť starostlivosti o seniora (3815), na treťom mieste bola oblasť starostlivosti o chirurgického pacienta (2767) a poslednou bola oblasť starostlivosti o psychicky chorého pacienta (2509).

Zistili sme, že najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma „Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s bolesťou“ s počtom 2782 zobrazení, na druhom mieste s veľkým rozdielom zobrazení bola téma „Starostlivosť o pacienta so stómiou“ (1851). Vyšší počet zobrazení oproti ostatným mali témy poskytujúce rady a informácie psychicky chorým a ich rodinným príslušníkom: „Demencia“ (1275) a „Schizofrénia“ (1234). Viac ako 500 zobrazení mali aj témy týkajúce sa starostlivosti pri inkontinencii, imobilite, o prevencii úrazu v domácom prostredí a o alternatívnych spôsoboch výživy. Edukačná problematika mala k termínu 16. 10. 2016 celkovo 14599 zobrazení.

V diskusnom fóre bolo položených 70 otázok od 9 mužov a 61 žien, ktorí boli v roli pacientov (16), rodinných príslušníkov alebo známych (52) a formálnych opatrovateľov (2). Priemerný vek respondentov bol 40, 2 so smerodajnou odchýlkou 17,1.

V súvislosti s problematikou starostlivosti o seniorov sme zaregistrovali 35 otázok. Otázky položilo 33 žien, priemerný vek bol 39, 41 so smerodajnou odchýlkou 17,15, minimálny vek bol 18 a maximálny 76 rokov. Z hľadiska roly pýtajúceho sa položili otázku 2 pacienti, 32 rodinných príslušníkov (dcéry, vnučky, vnuci, netere, manželky) a 1 profesionálna opatrovatelka. Otázky v diskusnom fóre sme zaradili do 10 diskusných tém - téma cukrovky, výživa a výživové obmedzenia pri rôznych stavoch, bezpečnosť a riziká pádu, prevencia a ošetrovania dekubitov u imobilného pacienta, problematika psychického zdravia, problémy s vyprázdňovaním,

možnosti pomoci pri opatrovaní chorého člena rodiny, problémy, ktoré patria skôr do kompetencie lekára. Tie otázky boli zodpovedané lekárom. Spätná väzba bola zaregistrovaná len v dvoch prípadoch, kedy respondenti vyjadrili spokojnosť a poďakovali sa za poskytnuté informácie. Celkový počet zobrazení pri všetkých témach tejto časti bol 3296.

V časti diskusného fóra zaoberajúceho sa problematikou starostlivosti o psychicky chorého návštevníci položili 15 otázok. Otázky položilo 13 žien a 2 muži. Priemerný vek identifikovaných návštevníkov bol 30,7 so smerodajnou odchýlkou 10,3, pričom najmladší respondent mal 18 a najstarší 53 rokov. Z hľadiska role pýtajúceho sa položili otázku 7 pacienti, 7 rodinní príslušníci a priatelia (matka, manželka, dcéra, vnučka, sesternica, kamarát) a 1 profesionálna opatrovatelka. Otázky v diskusnom fóre boli rôznorodé. Najviac sa týkali problematiky závislosti od alkoholu a problematického správania s alkoholom spojeného. Najmä príbuzných zaujímalo ako pomôcť pacientovi so závislosťou a aký je postup či možnosť jeho liečby. Otázky boli zamerané aj na dobrovoľnosť liečby. 5 otázok vo fóre sa týkalo depresívneho prežívania. Celkový počet zobrazení pri všetkých témach tejto časti bol 1674.

V súvislosti s problematikou starostlivosti o zomierajúcich sme zaregistrovali 10 otázok. Otázky položilo 9 žien a 1 muž, ich priemerný vek bol 52,4 so smerodajnou odchýlkou 15,7, minimálny vek bol 25 a maximálny 75 rokov. Z hľadiska roly pýtajúceho sa položili otázku 1 pacient a 9 rodinných príslušníkov a známych. Ich otázky boli zamerané predovšetkým na oblasť uspokojenia biologických potrieb. Jednalo sa o starostlivosť o ústa pacienta s poruchou vedomia, ako predísť preležaninám, kde zohnať kyslíkový prístroj, kde hľadať profesionálnu pomoc pri starostlivosti o zomierajúce dieťa, manželku v domácej starostlivosti. Celkový počet zobrazení predstavoval 1251.

Názov témy		Zobrazenia (n)
Oblasť starostlivosti o seniora		
1	Prevenca pádu a úrazu	837
2	Starostlivosť o inkontinentného klienta	867
3	Alternatívne spôsoby výživy	766
4	Starostlivosť o klienta s poruchou vyprázdňovania	525
5	Starostlivosť zameraná na podporu opatrovateľov	484
6	Starostlivosť o seniora s cukrovkou	336
Spolu		3815
Oblasť starostlivosti o psychicky chorého pacienta		
1	Demencia	1275
2	Schizofrénia	1234
Spolu		2509
Oblasť starostlivosti o chirurgického pacienta		
1	Starostlivosť o pacienta so stómiou	1851
2	Chronické rany	916
Spolu		2767
Oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta		
1	Paliatívna starostlivosť pri bolesti	2782
2	Paliatívna starostlivosť pri dýchavici	796
3	Paliatívna starostlivosť pri únave a poruche spánku	369
4	Paliatívna starostlivosť pri imobilite	642
5	Paliatívna starostlivosť pri zmätenosti	280
6	Psych. podpora a špecifická komunikácie	333
7	Paliatívna starostlivosť pri výžive	306
Spolu		5508
Spolu všetky oblasti		14599

Tab. 1 Návštevnosť webovej stránky – edukačná časť

Oblasti starostlivosti	N
Domáca starostlivosť o seniora	35
Starostlivosť o psychicky chorého pacienta	15
Starostlivosť o chirurgického pacienta	10
Starostlivosť o zomierajúceho pacienta	10
Hlavné fórum – spolu	70

Tab. 2 Účasť na diskusnom fóre

V oblasti starostlivosti o chirurgických pacientov sme zaznamenali 10 otázok od 4 mužov a 6 žien. Priemerný vek respondentov bol 43,6 so smerodajnou odchýlkou 18,6, kde najmladší respondent mal 20 a najstarší 65 rokov. Otázky položilo 6 pacientov a 4 rodinní príslušníci. Otázky sa týkali starostlivosti o stómiu, ako sa stravovať pri ochorení tráviaceho systému, ako ošetrovať chronickú ranu, informácia o ADOS, krvácanie z nosa a bolesť brucha. Celkový počet zobrazení predstavoval: 1102.

Diskusia

Teleošetrovatelstvo znamená ošetrovanie na diaľku, pomocou ktorého je možné poskytnúť včasné zdravotné rady ľuďom vo všetkých oblastiach (5). Informačno-komunikačné technológie majú potenciál priniesť interaktívne vzdelávanie, potenciálne bohaté na vizuálny obsah obrovskému počtu záujemcov na veľkom území nákladovo efektívnym spôsobom, ktorý by nebolo možné dosiahnuť inými prostriedkami, čo prezentuje Moehr (16) na základe pozitívnych výsledkov projektov telehealth v oblasti vzdelávania. Poradenstvo a edukácia je jednou z prioritných oblastí starostlivosti pri použití informačno-komunikačných technológií v práci sestry, zároveň je to oblasť, ktorá si okrem počítača a prístupu na internet nevyžaduje širšie technické zabezpečenie, t.z. mohla by byť prístupná väčšine slovenských domácností. Tento fakt dokazuje aj prieskum štatistického úradu o využívaní informačných a komunikačných technológií v slovenských domácnostiach v roku 2015, kde sa zistilo, že prístup k počítaču doma má až 80,5 % členov domácnosti a prístup na internet doma má 79,5 % (17). Iné údaje vyplynuli z prieskumu Poledníkovéj et al. (18), v ktorom sa až 60 % respondentov vyjadrilo, že nemá prístup k internetu a 38,3 % respondentov prezentovalo, že neovláda prácu na počítači. K oblastiam vhodným pre aplikáciu teleošetrovatelstva na Slovensku sa vyjadrili aj sestry v štúdií Poledníkovéj et al. (19) kde ako najvhodnejšie oblasti označili poradenstvo a edukáciu. Na Slovensku sa teleošetrovatelstvo v domácej starostlivosti nevyužíva, sestry pracu-

jú tradičným spôsobom a preto je tu príležitosť ponúknuť ošetrovateľskú službu ináč v oblastiach pre tento ošetrovateľský prístup vhodných. V snahe potvrdiť vhodnosť nášho výberu pre aplikáciu teleošetrovatelstva sme zvolili poradenstvo a edukáciu na diaľku prostredníctvom webovej stránky, ktorá má dve časti – edukačnú a diskusné fórum. Ahmedzaiová (8) uvádza skúsenosti Cudneyovej a Weinertovej (2000), ktoré skúmali rolu sestry – poradkyne na diaľku cez konverzáciu medzi chorými ženami, ktorú sestra iniciuje a povzbudzuje; využitie Mailboxu, cez ktorý sa venuje pacientkam individuálne; v HealthChate vyberá témy do diskusie, uvádza nové informácie, pripravuje materiály, odpovedá na otázky alebo pozýva hostí, aby poskytli užitočné rady a v oblasti nazvanej Resource Rack sestra študuje nové publikácie a spolupracuje s dobrovoľníckymi organizáciami, aby mala najnovšie informácie a mohla ich poskytnúť. Internet je zahŕňený množstvom informácií týkajúcich sa zdravia, ktoré sú však väčšinou neprofesionálne, ľudia si vzájomne odovzdávajú informácie získané na základe vlastnej skúsenosti, ktorá však je individuálnou skúsenosťou bez možnosti zovšeobecnenia, čo môže viesť k nepresným až zavádzajúcim informáciám, ktoré nepomôžu alebo môžu aj ublížiť. Na tento fenomén upozorňujú viacerí autori, ktorí uvádzajú okrem prínosu aj riziká online edukácie, ktoré súvisia s prezentovaním informácií bez dôkazov, ich nesprávnou interpretáciou alebo nevhodnou štruktúrou (20, 2). Profesionálne poradenstvo v otázkach zdravia týkajúce sa rôznych vekových kategórií, všeobecne zamerané (na akékoľvek choroby) alebo špecificky (na jedno ochorenie) ponúkajú viaceré webové stránky. Naša webová stránka bola naplnená edukačnými obsahmi od profesionálov v danej problematike a diskusné fórum je vedené rovnako profesionálnym tímom. Stránka poskytuje informácie o starostlivosti pre pacienta liečeného v domácom prostredí so zameraním sa na štyri oblasti starostlivosti: o seniorov, psychicky chorých, zomierajúcich a chirurgických pacientov a ich opatrovateľov.

Edukačné materiály sú ponúknuté vo forme písaného textu, ktorý je doplnený o názorné ukážky v podobe obrázkov, fotografií a videí. V snahe zistiť záujem ľudí o informácie takéhoto typu, sme po 9 mesiacoch sprístupnenia stránky verejnosti, ktoré sprevádzala reklama stránky cez médiá, uskutočnili kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu - výpočet týkajúci sa celkovej návštevnosti stránky, jednotlivých oblastí starostlivosti ako aj jednotlivých edukačných tém.

Zistili sme, že najviac navštevovanou oblasťou v edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o zomierajúceho pacienta s počtom zobrazení 5508 a najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma „Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s bolesťou“ s počtom 2782 zobrazení. V diskusnom fóre, v oblasti starostlivosti o zomierajúceho pacienta, bolo položených 10 otázok od 9 rodinných príslušníkov a jedného pacienta a vekový priemer respondentov bol zo všetkých oblastí najvyšší (52,4), čo pravdepodobne súviselo s vyšším vekom rodinných opatrovateľov. Otázky sa týkali predovšetkým telesných potrieb zomierajúcich, ale aj oblasti podpory a komunikácie. Problematika zomierania a smrti bola vždy predmetom záujmu ľudí. Zvlášť keď sa ich situácia zomierania týka ako pacienta ale predovšetkým ako podpornej osoby. Mnohí ľudia v pokročilom štádiu choroby zostávajú doma a po odchode profesionálov (praktických lekárov a sestier z agentúr domácej starostlivosti) je ťarcha starostlivosti na rodinných opatrovateľoch. Pomoc na diaľku, možnosť poradiť sa kedykoľvek môže byť ponúkaná cez informačno-komunikačné technológie. Autori Roberts et al. (9) uvádzajú skúsenosť, ako informačné a komunikačné technológie umožnili zlúčenie kapacity a odborných znalostí BC (British-Columbia) NurseLine s odbornými znalosťami špecializovaných zariadení paliatívnej starostlivosti k dosiahnutiu výsledkov zlepšenia symptómov, zníženie návštev na pohotovosti a vylepšenú podporu pre rodiny, ktoré sa starajú o blízkych doma. K využitiu

Súbor/ Oblasti	o seniorov	o psychicky chorých	o chirurg. pacientov	o zomierajúcich	Spolu (n=67)
Pohlavie					
Muži	2	2	4	1	9
Ženy	33	13	6	9	61
Rola					
Pacient	2	7	6	1	16
Rodina	32	7	4	9	52
Formálny opatrov.	1	1	0	0	2
Vek					
AM	39,4	30,7	43,6	52,4	40,3
SD	17,2	10,3	18,6	15,7	17,1
Min	18	18	20	25	18
Max	76	53	65	75	76

Tab. 3 Charakteristiky respondentov podľa oblastí starostlivosti

internetu v paliatívnej starostlivosti sa vyjadrujú aj autori Pereira, Bruera (21), ktorí poukazujú na silné stránky, ako je jednoduché publikovanie a prístup k veľkému množstvu informácií, ktorý bude rokmi rásť, ale aj slabé stránky ako sú nedostatočná redakčná kontrola a proces vzájomného hodnotenia. Jönsson, Willman (22) uvádzajú výsledky z využitia videotelefonov v domácej starostlivosti, v ktorých pacienti vyjadrili pozitívne pocity spojené s pocitom bezpečia, keď videli tvár sestry. Lind a Karlsson (23) zasa zistili, že poskytovatelia aj príjemcovia hospicovej služby profitovali z webových služieb v tom, že pacienti hlásili vysokú úroveň prístupu k poskytovateľom, zatiaľ čo poskytovatelia dostali informácie od pacientov včas.

V oblasti starostlivosti o seniorov mali edukačné materiály spolu 3815 zobrazení a najviac navštevovanou edukačnou témou bola téma 2 „Starostlivosť o inkontinentného pacienta“ s počtom 867 zobrazení, na druhom a treťom mieste s minimálnym rozdielom zobrazení boli téma 3 „Alternatívne spôsoby výživy“ a téma 1 „Prevencia pádu a úrazu v domácom prostredí“. Inkontinentný pacient v domácom prostredí predstavuje veľkú záťaž pre opatrovateľov a práve v populácii seniorov je

tento problém pomerne častý. Umelá výživa v domácom prostredí je v našich podmienkach aplikovaná pacientom alebo opatrovateľom cez sondu a hlavne gastrostómiu čoraz častejšie, čo zvyšuje záujem o túto problematiku a tento bude stúpať vzhľadom na svetový trend aplikácie aj parenterálnej výživy v domácom prostredí (24). Záujem o problematiku pádov a úrazov vo vyššom veku súvisí s častým výskytom tohto problému aj v domácom prostredí a závažnosťou dôsledkov pádov. Pády sú najčastejšou príčinou úrazov, ktoré sú piatou najčastejšou príčinou smrti starých ľudí (25). V diskusnom fóre v súvislosti s problematikou starostlivosti o seniorov sme zaregistrovali 34 otázok, ktoré položilo 94 % žien, 91 % rodinných príslušníkov v priemernom veku 39,4 rokov. Obsahové zameranie otázok v diskusnom fóre sa v prevahe prípadov zameriavalo na riešenie problémov, ktoré boli obsiahnuté v edukačnej časti webovej stránky, čo nás vedie k záveru, že pýtajúci sa potrebovali individuálne posúdenie problému a poskytnutie individuálnej rady. Najviac otázok sa týkalo oblasti výživy, výživových obmedzení pri hnačke, cukrovke, výžive pri depresii, hydratácie seniora. Borhani et al. (26), uvádzajú skúsenosť z telefonického kontaktu s pacientmi doma, u ktorých došlo k zlepšeniu pro-

cesu starostlivosti o seba v oblasti kontroly glykemického indexu potravín u pacientov s diabetom II. typu. Problematika pádov a kolapsov bola druhou najčastejšou témou položených otázok, čo svedčí o závažnosti tohto problému pri opatrovaní seniora. Chan et al. (27) uvádzajú zistenia z edukácie klientov rezidenčného sanatória v Hongkongu prostredníctvom teleošetrovateľstva o prevencii pádov, ktoré viedli k záverom o 89 % podiele telemedicíny pri poskytovaní týchto služieb s následkom zníženia počtu pádov. Ahmedzaiová (8) uvádza skúsenosti s „Programom starostlivosti na konci života“, v ktorom poskytované informácie rodinným opatrovateľom vplynuli z analýzy dotazníkových údajov od niekoľkých rodinných opatrovateľov. Títo vyjadrili potrebu praktických informácií, týkajúcich sa užívania liekov, bezpečného pohybu v domácnosti, prevencie preležanín, zdravého stravovania a diétnych obmedzení a ďalších dostupných služieb ale aj potrebu emocionálnej podpory v súvislosti s rolou rodinného opatrovateľa, informácie o priebehu choroby, rizika náhlejšej smrti a podpory po úmrtí.

Psychiatrické ochorenia a psychické poruchy sú osobitými svojimi prejavmi aj príčinami a v niektorých kultúrach,

komunitách alebo jednotlivcami sú psychicky chorí považovaní za menejcenných. Táto stigma ich vedie k zme- ne správania, obmedzeniu sociálnych kontaktov, opatrnej komunikácii nieke- dy aj vo vzťahu medzi zdravotníkom a pacientom (28). Hovoriť o vlastných psychických problémoch na verejnosti, napr. cez diskusné fórum je preto problém. V prospech zapojenia sa je anonymita, kontakt na diaľku, v nepro- spech strach zo zneužitia informácií, nedostatočná bezpečnosť virtuálneho prostredia. Napriek tomu sme v oblasti starostlivosti o psychicky chorých za- registrovali záujem o edukačné témy „Demencia“ a „Schizofrénia“, ktoré pat- rili medzi 4 najčastejšie navštívené a do diskusného fóra sa zapojilo 15 respon- dentov s najnižším priemerným vekom (30,7) a s najvyššou účasťou pacientov (pomer pacientov a rodinných prísluš- níkov bol 7:7). Obsahové zameranie otázok bolo smerované hlavne na prob- lémy s alkoholom, depresie, užívanie liekov a kde hľadať pomoc. Naše rady často orientovali pýtajúcich sa k náv- števe psychiatra alebo psychológa, ktorí ako odborníci v danej oblasti sú najviac kompetentní k riešeniu daných problémov. Vo virtuálnom prostredí, v ktorom sa ľudia navzájom nepoznajú, chýba vzájomná dôvera, čo obmedzuje komunikáciu a minimalizuje rozsah aj relevantnosť poskytnutých informácií. Tento nedostatok môže byť prekážkou poradenstva na diaľku hlavne pre pa- cientov so psychickou poruchou.

V edukačnej časti webovej stránky bola oblasť starostlivosti o chirurgického pa- cienta navštívená 2767 krát. Z toho až 1851 zobrazení mala edukačná téma „Starostlivosť o pacienta so stómiou“ (celkovo druhá v poradí podľa počtu zobrazení všetkých edukačných tém), ktorá zahŕňala problematiku kolostómie, urostómie a iných druhov stómií, doplnené o psychosociálne poraden- stvo a význam podporných skupín, možnosti a nárok na kompenzačné pomôcky. V diskusnom fóre sme za- znamenali 10 otázok od 6 pacientov a 4 rodinných príslušníkov. Najčastejšie sa zaujímali o ošetrovanie rany, poskyto- vanie ošetrovateľskej starostlivosti ses-

trou ADOS, nešpecifickými bolesťami brucha, o problémy tráviaceho traktu. Menší záujem súvisel pravdepodobne s tým, že pacienti v domácom pros- tredí mali v dostatočnej miere satu- rované problémy v oblasti ošetrova- nia rán, stómií s náležitým poradenstvom. Návštevnú službu sestrami v domácom prostredí pacienti vnímali ako povin- nosť v systéme kontinuálnej zdravot- nej starostlivosti, čo potvrdili zistenia prospektívne orientovaného výskumu, 1019 pacientov ošetrovaných sestrami ADOS (29). Aj v štúdií Poledníkovéj et al. (19) sestry zaradili využitie teleoše- trovateľstva v pooperačnej starostlivosti a v starostlivosti o rany na Slovensku až na posledné miesto. Vo svete je však teleošetrovateľstvo aplikované aj u pa- cientov po operáciách. Hartford (14) uvádza zistenia z využitia teleošetrova- telstva u pacientov po operácii bypass a ich rodinných príslušníkov, kde telefo- nické intervencie boli zamerané na zní- ženie úzkosti včasným poskytnutím rady a komunikáciou s profesionálom. Podobne Jönsson, Willman (22) pre- zentujú inovatívny prístup k ošetrovanu rán v domácom prostredí pri využití vi- deotelefonov, videokaziet a digitálnych fotografií slúžiacich k virtuálnej komu- nikácii medzi pacientmi, príbuznými a sestrami.

Záver

Teleošetrovateľstvo, ako špecifický prvok poskytovania zdravotnej starost- livosti je v dostatočnej miere aplikova- ný po celom svete, ale pre podmienky Slovenskej republiky je prvkom inovač- ným. Pre splnenie tejto potreby je nutné technické zabezpečenie, legislatívne zmeny, zvýšenie povedomia pacientov a dôvery k ošetrovateľským službám na diaľku. Je žiaduce definovať rozsah poskytnutej ošetrovateľskej starost- livosti štandardami a kompetenciami sestry. Napriek tomu od zdravotníckych pracovníkov – odborníkov v praxi sa žiada aplikovať a maximálne využívať nové trendy a prístupy k starostlivosti o pacienta v zdraví aj v chorobe. Naše zistenia nás vedú k záverom, že pora- denstvo a edukácia na diaľku je efek- tívny spôsob poskytovania profesionál- nych rád a informácií veľkému počtu

zdravých aj chorých, pacientom aj opat- rovateľom všetkých vekových kategórií, prednostne však v oblasti starostlivosti o zomierajúcich a seniorov. Informač- no komunikačné technológie ponú- kajú široké možnosti využitia ďalších technológií, ktorých použitie musí byť založené na empirických poznatkoch pre podporu ošetrovateľskej praxe, aby sestra mohla vykonávať holistickú sta- rostlivosť vo virtuálnom prostredí.

Zdroje

1. KUKUROVÁ, E. VLČÁK, L. *Princípy e- health*. 1. vyd. Olomouc: SOLEN PRINT, 2009. 154 s. ISBN 978-80-903776-7-7.
2. STŘEDA, L. eHealth a telemedicina – Telefarmácie 21. Díl. 2014. [online] [vid. 2015-25-12] Dostupné z: [http://www.streda.com/wp-content/uplo- ads/2014/01/MUDr.-Leos-Streda- eHealth-telemedicina-e-Health-21. pdf](http://www.streda.com/wp-content/uploads/2014/01/MUDr.-Leos-Streda-eHealth-telemedicina-e-Health-21.pdf)
3. Elektronické zdravotníctvo – eHe- alth. 2011. [online] [vid. 3.6.2016] Dostupné z: <<http://www.ezdravot- nictvo.sk/Elektronicke-zdravotnic- tvo/Stranky/default.aspx>>.
4. KUMAR, S. Introduction to Tele- nursing. In: S. KUMAR, H. SNO- OKS . Telenursing. London : Springer-Verlag, 2011, p. 1-3. ISBN 9780857295293.
5. KAMEI, T., YAMAMOTO, Y., KAJI, F., NAKAYAMA, Y., KAWAKAMI, C. Systematic review and meta-ana- lysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Jpn J Nurs Sci*. 2013 Dec;10(2):180-92.
6. Telenursing Practice Guidelines 2008. [online] [vid. 2016-03-05]. Dostupné z: <http://crnns.ca/publication/telenursing-practice-guideli- nes/>.
7. WHO 1998: Telehealth and Tele- medicine will henceforth be part of the strategy for Health for All. Press Release 23 Dec 1997. World Health Organization, Geneva, 1997-1998.
8. AHMEDZAIOVÁ, H. Informační a komunikační technologie v oše- třovatelství. In: PAYNEOVÁ, S.,

- SEYMOUROVÁ, J., INGLETONO-VÁ, CH. Principy a praxe paliatívnej péče. Brno : Spoločnosť pro odbornou literatúru. 2007. s. 520-528. ISBN 978-80-87029-25-1.
9. ROBERTS, D., TAYLER, C., MAC-CORMACK, D., BARWICH, D. Telenursing in hospice palliative care. In: *Can Nurse*. 2007 May;103(5):24-7.
 10. GANAPATY, K., RAVINDRA, A. Telenursing in an Emerging Economy: An Overview. In: S. KUMAR, H. SNOOKS. Telenursing. London : Springer-Verlag, 2011. p. 47-59. ISBN 9780857295293.
 11. HAMAR, B., WELLS, A., GANDY, W., HAAF, A., COBERLEY, C., POPE, J. E. et al. The impact of a proactive chronic care management program on hospital admission rates in a German health insurance society. *Population Health Management*, 13, 339–345. 2010. [online] [vid. 2016-03-05]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128444/>.
 12. BLACK, J.T., ROMANO, P.S., SA-DEGHI, B., AUERBACH, A.D., GANIATS, T.G., GREENFIELD, S., KAPLAN, S.H., ONG, M.K.; BEAT-HF RESEARCH GROUP. A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition - Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. In: *Trials*. 2014 Apr 13;15:124.
 13. KING, B. Influencing dressing choice and supporting wound management using remote 'tele-wound care'. In: *Br J Community Nurs*. 2014 Jun;Suppl:S24-31.
 14. HARTFORD, K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. In: *J Adv Nurs*. 2005 Jun;50(5):459-68.
 15. RAMELET, A.S., FONJALLAZ, B., RAPIN, J., GUENIAT, C., HOFER, M. Impact of a telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their families: a crossover randomized trial study protocol. In: *BMC Pediatr*. 2014 Jun 18;14:151.
 16. MOEHR, J. BC Telehealth Program Final Evaluation Report. 2005. [online] [vid. 2016-03-05] Dostupné na: http://hinf.uvic.ca/archives/t_health.pdf.
 17. VLAČUHA, R., KOTLÁR, J., ŽELONKOVÁ, V. 2015. Zisťovanie o využívaní informačných a komunikačných technológií v domácnostiach 2015. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2015. 51 s.
 18. POLEDNÍKOVÁ, L., SLAMKOVÁ, A., BAHNOVÁ, L. Domáca starostlivosť a teleošetrovatelstvo. In: Diagnostika v domáci zdravotní péči : recenzovaný vedecký zborník vydaný k príležitosti 22. výročia založenia Agentúry domáci zdravotní péče, Hradec Králové 2015 ; 1. vyd. - Hradec Králové : Pracovište ošetrovateľskej péče, 2015. s. 83-92. ISBN 978-80-906319-0-8.
 19. POLEDNÍKOVÁ, L., SLAMKOVÁ, A., PAVELOVÁ, L. Sestry a teleošetrovatelstvo na Slovensku. In: *Grant journal*. 2014 Dec; 3(2):70-73.
 20. KASAL, P., SVAČINA, Š. Internet a medicína. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 224 s. ISBN 80-247-0119-7.
 21. PEREIRA, J., BRUERA, E. The Internet as a resource for palliative care and hospice: a review and proposals. In: *Journal Pain Symptom Manage*. 1998 Jul;16(1):59-68.
 22. JÖNSSON, A.M., WILLMAN, A. Implementation of telenursing within home healthcare. In: *Telemed J E Health*. 2008 Dec;14(10):1057-62.
 23. LIND, L., KARLSSON, D. 2004. A system for symptom management in advanced palliative home healthcare using digital pens. In: *Medical Informatics and the Internet in Medicine*. 2004;29:199–210.
 24. GROFOVÁ, Z. Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry. Praha : Grada; 2007. 237 s. ISBN 8024718682.
 25. HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. Geriatria. 1. vyd. Bratislava : HERBA, 2010. 608 s. ISBN 9788089171736.
 26. BORHANI, F., LASHKAR, T., SABZEVAR, S., ABBASZADEH, A. Effect of telenursing (telephone follow-up) on glycemic control and body mass index (BMI) of type 2 diabetes patients. In: *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 Nov-Dec; 18(6): 451–456.
 27. CHAN, W.M., WOO, J., HUI, E., HJELM, N. M. The role of telenursing in the provision of geriatric outreach services to residential homes in Hong Kong. In: *J Telemed Telecare*. 2001;7(1):38-46.
 28. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovateľská péče. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 8024711516.
 29. REPISKÁ, L. Hodnotenie úrovne kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v ADOS. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. Dizertačná práca.

Kontakt na autorov

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva Kraskova 1, 94974 Nitra

PhDr. Ľubica Poledníková, PhD.,
PhDr. Alica Slamková, PhD.,
PhDr. Ľuboslava Pavelová, PhD.,
PhDr. Dana Zrubcová, PhD.,
PhDr. Miroslava Líšková,
PhD., Mgr. Mária Semanišinová

lpolednikova@ukf.sk
aslankova@ukf.sk
lpavelova@ukf.sk
dzrubcova@ukf.sk
mliskova@ukf.sk
msemanisinova@ukf.sk

EDUKACE ŽÁKŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY V EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC) GUIDELINES 2015

EDUCATION OF SECONDARY NURSING SCHOOLS STUDENTS IN THE EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC) GUIDELINES 2015

EVA SAMŠEŇÁKOVÁ^{1,2}, EVA HLAVÁČKOVÁ¹, NIKOLA VODEHNALOVÁ³

¹ Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Česká republika

² Fakultní nemocnice Hradec Králové, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Česká republika

³ Střední zdravotnická škola Pardubice, Česká republika

Financování

Studie vznikla za podpory Studentské grantové soutěže Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2016 č. SGS_2016_005 a Systematické badatelské činnosti 2015/2016

Abstrakt

Cíl: Cílem studie bylo posoudit znalosti žáků v problematice laické KPR před edukací a po edukaci (hned a měsíc po edukaci).

Metodika: Metoda průzkumu byla rozdělena na dvě části – teoretická a praktická. Teoretická část tvořila edukační prezentaci laické KPR, kterou si poté každý žák mohl vyzkoušet v praktické části na resuscitační figurině. Studie zahrnuje 32 žáků prvního ročníku střední zdravotnické školy. Hodnocení znalostí probíhalo formou testů (pre-test, post-test, test retence informací). Testy byly statisticky zpracovány na hladině významnosti 0,01.

Výsledky: Počáteční znalosti žáků byly na dobré úrovni, nicméně mezi pre-testy a posty-post testy byl prokázán statisticky významný rozdíl (znalosti se zvýšily o 23 %). Test retence informací prokázal snížení znalostí o necelých 5 %, ale nedjedalo se o statisticky významný rozdíl. Statisticky významný rozdíl byl prokázán i mezi pre-testy a testy retence informací.

Závěr: Znalosti žáků se po edukaci statisticky významně zvýšily. Je důležité zamyslet se nad způsobem edukace a vhodně použít aktivizační metody, které vedou k motivaci žáků. Analýza hodnotících nástrojů je rovněž důležitá.

Klíčová slova

edukace, kardiopulmonální resuscitace, první pomoc, retence informací, střední zdravotnická škola

Abstract

Objectives: The aim of the study was to assess and increased knowledge of students regarding a lay person's CPR be-

fore education and immediately after the education (immediately and one month after the education).

Methodology: For the research an educational demonstration method was chosen. The educational part comprised of a presentation of a lay person's CPR, which every student could try to give in the demonstration part on a CPR manikin. A study involved 32 students of the first grade of a secondary nursing school. The knowledge was assessed by tests (a pre-test, a post-test, and an information retention test). The tests were statistically processed at the significance level of 0.01.

Outcomes: The initial knowledges of pupils were at a good level, but the pre-tests and post-post tests showed a statistically significant difference (knowledge increased by 23%). Test retention of information demonstrated to decrease the knowledge of almost 5%, but it was not a statistically significant difference. A statistically significant difference was also demonstrated between pre-test and test retention of information.

Conclusion: Knowledge of pupils after education increased significantly. It is important reflect on the way education and appropriate use of activation methods that lead to motivating pupils. Analysis of assessment instruments is also important.

Key words

education, cardiopulmonary resuscitation, first aid, information retention, secondary school

Úvod

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je velice aktuální a stále se vyvíjející doménou nejen ve zdravotnictví. Mortalita a trvalé následky na zdraví postižených jsou závislé na kvalitě a včasné laické KPR. Edukace široké veřejnosti je hlavní možností, jak zefektivnit poskytovanou KPR (1). Česká resuscitační rada, společně s Evropskou resuscitační radou vydávají každých pět let novelizovaná pravidla tzv. Guidelines pro poskytování laické a rozšíření KPR. Do Evropské resuscitační rady spadá 27 států Evropy pokrývající populaci 172 milionů lidí. Nejaktuálnější ERC (European Resuscitation Council) Guidelines vyšla v říjnu 2015. Tvůrci ERC Guidelines pro laickou KPR se všeobecně zaměřují na zjednodušení postupů, a co nejmasivnější osvětu první pomoci (2). Široká veřejnost má při poskytování první pomoci stále zakořeněny určité přetřpy. Bylo zjištěno, že většina žáků na středních školách je schopna teoreticky popsat postup první pomoci, ale znalost nových postupů (Guidelines ERC) je nedostatečná (3). Nové ERC Guidelines zjednodušují postupy laické KPR a zdůrazňují úlohu operátora dispečinku střediska záchranné služby, aby rozpoznal situaci a vyhodnotil například přítomnost lapavých dechů nebo křečí (4). Pro správnou výuku KPR se doporučuje, edukaci rozdělit do více celků a vše doplnit o modelové situace, jako například cvičení hromadného neštěstí, záchrana tonoucího a jeho následná resuscitace (3, 5).

Cílem projektu bylo zhodnotit znalosti v poskytování laické kardiopulmonální resuscitace dle ERC Guidelines 2015 před

edukaci a po edukaci (ihned a s odstupem jednoho měsíce).

Metodika

Pro splnění cílů studie byl zvolen kvantitativní průzkum. Metoda průzkumu byla zvolena teoreticky praktická. Teoretickou část tvořila část půlhodinová prezentace na téma laické KPR, která se skládala ze čtyř částí - postup KRP dle ERC Guidelines 2015, telefonické spojení se záchrannou službou, první hodnocení základních životních funkcí a používání ochranných pomůcek. Po teoretické části následovala demonstrace BLS autorkami studie. Každý žák si po demonstraci vyzkoušel laickou KPR na modelu a používání ochranných pomůcek. Praktická část trvala 60 min., každý žák resuscitoval dva cykly (30:2 stlačení – vdechy). Žáci obdrželi resuscitační roušku. Respondenti si vyzkoušeli i práci s automatizovaným externím defibrilátorem (AED), avšak obsluha AED nebyla kritériem pro hodnocení.

Celkem se do studie zapojilo 32 žáků prvního ročníku střední zdravotnické školy. Žáci byli vybráni záměrně, protože v prvním ročníku střední školy zatím nebyla výuka první pomoci. Vzhledem k nízkému počtu respondentů se nejedná o reprezentativní vzorek a závěry tohoto průzkumu mohou sloužit jako podklad pro další vědeckou činnost. Žáci byli rozděleni do tří skupin tak, aby byla edukace maximálně s 12 respondenty. Každá skupina měla individuální teoretickou a praktickou část edukace. Vše proběhlo za souhlasu vedení střední školy a u každé edukace byl přítomen učitel střední školy.

Hodnocení znalostí probíhalo formou testů. Před edukací byl žákům rozdán pre-test a ihned po zakončení edukace post-test. Testy žáci vyplňovali samostatně, každý u svého stolu. Na vyplňování dohlíželi edukátoři a zástupce školy. Na vyplnění testu měli žáci neomezený čas. Test retence informací respondenti absolvovali měsíc po edukaci. Všechny testy obsahovaly stejné otázky – výběrové s jednou správnou odpovědí. Celkem test obsahoval 10 otázek. Testové otázky byly vytvořeny z ERC Guidelines 2015. Za správnou odpověď respondent dostal hodnocení 1, za chybnou hodnocení 0. Testy byly statisticky zpracovány v programu MS Excel a Statistica 12. Testování hypotéz proběhlo na hladině významnosti 0,01. Anonymita dat byla zachována. Každý student dostal náhodně přidělené pořadové číslo, které zapisoval na testy. Vyplněné testy studenti vhazovali do připravené urny. Žáci museli mít správně minimálně 60 % v testu, aby mohl být považován za splněný. Průzkum probíhal v období březen až květen 2016. Vzhledem k tomu, že se průzkum nerealizoval na pacientech, nebyl požadován souhlas etické komise.

Výsledky

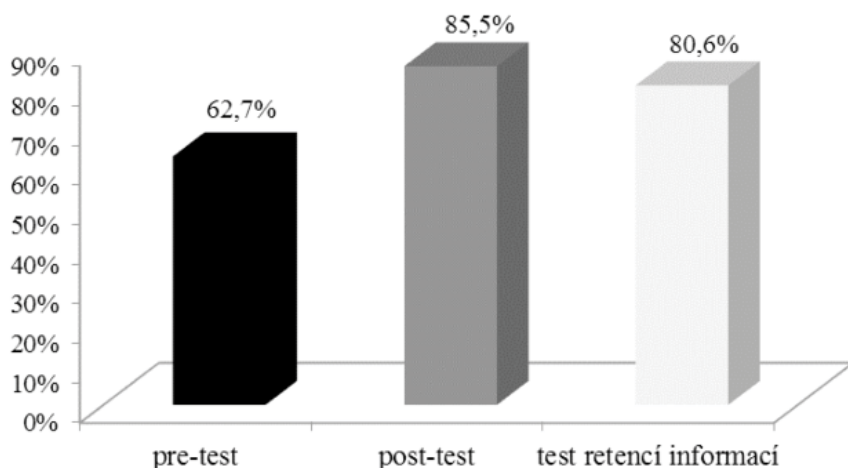
Celkové výsledky testů je možno vidět v grafu 1. Průměrné vstupní znalosti žáků činily 62,7 %. Ihned po edukaci stouply výsledky testů o necelých 23 %. V testu retence informací klesly průměrné výsledky o 4,9 % oproti výsledkům v post-testech. Nejvíce respondenti chybovali v otázce častosti kontroly pulsů. V pre-testu správnou odpověď označilo pouze 21 % žáků, v post-testu 27 %, a v retenci informací 33 %. Nejvíce se edukací zlepšily znalosti na otázku, co je Reuterova zotavovací poloha. Správnou odpověď znalo v pre-testu 30 %, v post-testu již 97 % a v retenci informací 91 %. 100% úspěšnost u všech testů byly na otázku znalosti čísla na záchrannou službu. Respondenti nejvíce po měsíci zapomněli odpověď na otázku, jakou rychlostí se stlačuje hrudníku při srdeční masáži. Správné odpovědi klesly o 46 % proti post-testu, tedy na stejnou úroveň jako v pre-testu.

Z výsledků testování hypotéz bylo zjištěno, že je zde statisticky významný rozdíl mezi pre-testy a post-testy. Ve výsledcích mezi post-testy a testy retence informací nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v poklesu vědomostí. Mezi pre-testy a testy retence informací bylo prokázáno statistické zvýšení vědomostí, jelikož vypočítaná hodnota p byla nižší než stanovená hladina významnosti (0,01). Výsledky p hodnot lze vidět v tabulce 1. Tabulka a graf čísla 1 byly vytvořeny v programu Microsoft Excel.

Z uvedeného krabicového grafu (číslo 2) je zřejmé, že medián dosahuje nejnižší u pre-testů (hodnota 6) a nejvyšší u post-testů (hodnota 9). V testu retence informací je medián pouze o jeden bod nižší proti post-testu. Celkem bylo možné získat v testech až 10 bodů, tato hodnota je pouze u post-testů. Nikdo z našeho průzkumného souboru neobdržel nulu bodů v testech, minimální počet bodů bylo na hodnotě 5, a to pouze u pre-testů. Minima post-testů a testu retence informací jsou shodná, a to na hranici 7 bodů. Krabicový graf neobsahuje žádné odlehle ani extrémní body. Krabicový graf byl vytvořen v programu Statistica.

Diskuse

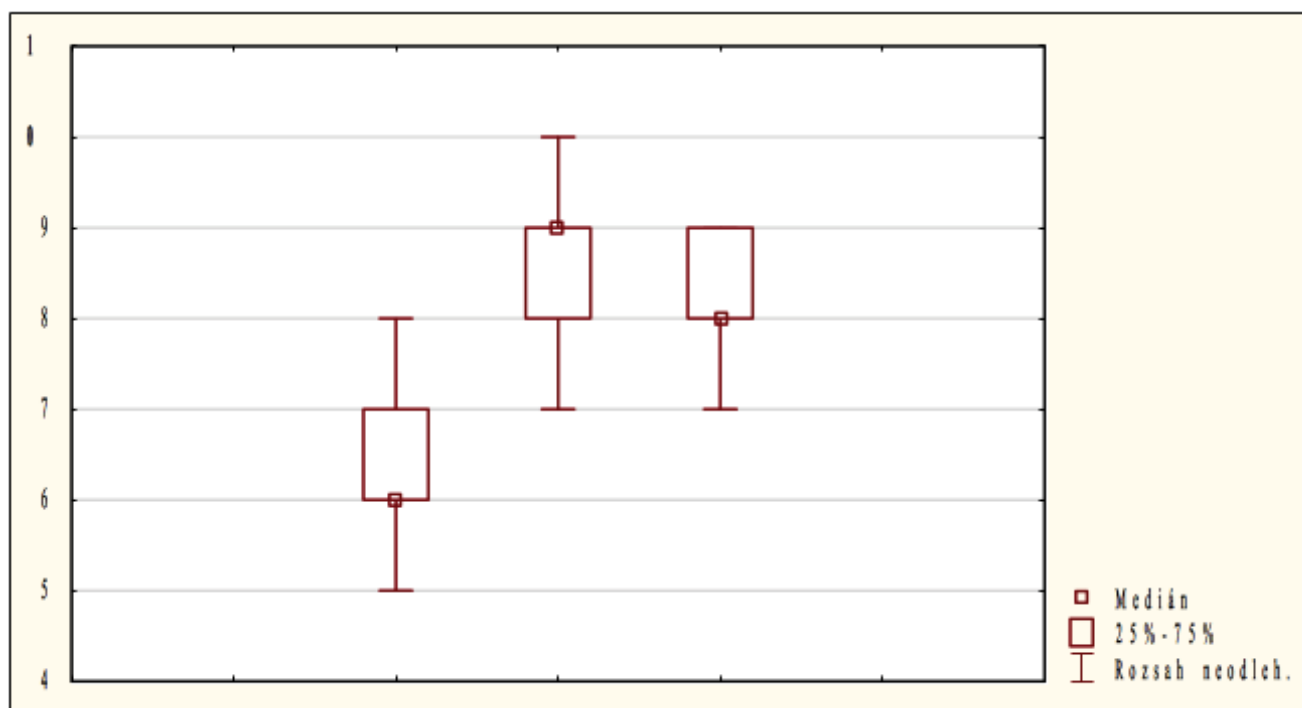
Cílem práce bylo zhodnotit znalosti respondentů v oblasti laické KPR. Z výsledků je zřejmé, že se objektivně zlepšily znalosti mezi pre-testy a post-testy o necelých 23 %. Podobným výzkumem se zabývali autoři Connolly et al. (6). Z jejich výzkumu bylo zjištěno, že se výsledky po edukaci zlepšily o 36 %. Ve výzkumu Connolly et al. (6) realizovali měření retence informací s odstupem půl roku a zjistili, že se studenti zhoršili o 23 % oproti pre-testu. V našem příspěvku byl test retence informací prováděn za jeden měsíc.



Graf 1 Průměrné výsledky v testech žáků

Proměnná	Rozdíl	Výběrová směrodatná odchylka	Hodnota testovacího kritéria (t)	Stupeň volnosti (SV)	Minimální hladina významnosti (p hodnota)
pre-test vs. post-test	-2,272	1,701	-7,677	32	< 0,001
pre-test vs. test retence informací	-1,788	1,691	-6,073	32	< 0,001
post-test vs. test retence informací	0,485	1,176	2,369	32	0,024

Tabulka 1 Výsledky statistického testování hypotéz



Graf 2 Krabicový graf celkových výsledků testů

Znalosti proti post-testu klesly o 5%. Ebbinghausova křivka zapomínání ukazuje, že za 31 dní je retence informací pouze 10 % (7). Určitě výsledky této studie neodpovídají Ebbinghausově křivce zapomínání, protože již počáteční znalosti respondentů byly na dobré úrovni. Také žáci mohli projevit zájem o problematiku, zjistit, kde mají rezervy ve znalostech a mohli se samovzdělávat. Hernández-Padilla et al. (8) ve výzkumu použili test retence informací za 3 měsíce. Ve výzkumu (8) bylo zjištěno, že se znalosti KPR v testech retence informací snížily o 21 % oproti post-testu. V této studii byly hodnoceny i praktické dovednosti v poskytování KPR. Technicky správně KPR před výcvikem poskytlo pouze 18 % respondentů a ihned v post hodnocení dělalo KPR dobře 48 % participantů (8). V našem průzkumu znalosti v některých položkách také stouply v testu retence informací proti post-testu. Autoři si myslí,

že může jít o zvýšený zájem o problematiku nebo následnou diskuzi mezi žáky po edukaci.

Při poskytování BLS (basic life support) se u široké veřejnosti stále vyskytují určité přežitky, které mohou poškodit zachraňovaného. Můžeme například uvést hmatání tepu. ERC Guidelines 2015 nedoporučují laické veřejnosti hmatat puls (2). Odpovědi v našem průzkumu na otázku kontroly pulsů u laické KPR byly na nejnižší úrovni v pre-testech (21 %), poste-testech (27 %) i retence informací (33 %). Tento fakt koresponduje s výsledky studie Belejové (3), která poukazuje na to, že s nástupem nových ERC Guidelines je potřeba opět informovat také veřejnost. Dříve byla detekce pulsů součástí BLS a nyní v doporučeních není.

V našem průzkumném souboru bylo změřeno, že vstupní znalosti responden-

tů byly na dobré úrovni (necelých 63 % správných odpovědí). Naši respondenti byli studenti zdravotnické školy a je zde předpoklad, že mají větší zájem o problematiku. Znalostmi KPR u laické veřejnosti publikovala Krapsová (9). Bylo zjištěno, že 76 % laické veřejnosti nezná doporučené postupy v laické resuscitaci, což je značný rozdíl oproti našim výsledkům. Zdravověda by měla být v sylabu každé střední školy či učiliště, přičemž je důležitá kvalita a styl učení. Ve studii Kanstad et al. (11) zjistili, že 86 % respondentů (studenti středních škol, n= 365) by podpořili více výuky KPR na středních školách.

Znalost a dovednosti ovlivňuje kvalita edukace a edukátora, a taktéž kvalita hodnotících nástrojů. Stylem učení se zabývala také Hernández-Padilla a kol. (8). Ti porovnávali dvě skupiny edukantů a jejich výsledné znalosti a dovednosti. Lépe

byla hodnocena metoda sebevzdělávání pod odborným dohledem nežli klasická výuka vedená lektorem. Obě vyučovací metody kombinovaly praktickou a teoretickou část.

Do výuky byla v praktické části zahrnuta ukázka použití AED. Autoři (2) uvádějí, že včasné použití AED může zvýšit přežití až o 50 % až 70 %. V této studii jsme se během edukačních lekcí zaměřili na možnosti uplatnění AED. Použití tohoto přístroje je v ERC Guidelines 2015. Je tendence AED defibrilátory umísťovat na veřejná místa s vysokou kumulací lidí (5). Znalost používání AED je nedostatečná, jak ukazují výsledky výzkumu (11). Liew a kol. (11) překvapivě zjistili, že se ženy velmi bojí o svoji bezpečnost při používání AED, výsledky však mohou odrážet multikulturní odlišnosti Taiwanských žen proti evropským. Studie Papalexopoulou (12) zjistila, že významným faktorem při výuce používání AED je věk a vzdělání edukanta. Do provozu byla v České republice uvedena aplikace Záchranka. Tato aplikace, díky GPS lokalizaci, může nelézt nejbližší AED přístroj (13). Edukace o této aplikaci by měla být rovněž součástí sylabu školení. Žáci v našem průzkumu měli aktivní zájem o problematiku a projevíli žádost o další školení první pomoci.

Závěr

Touto studií byla formou testové metody posouzena informovanost respondentů v BLS problematice. Edukace v laické KPR je nezbytná. ERC Guidelines se každých pět let přehodnocují a zahrnují se nové či snazší postupy pro BLS, proto by edukace první pomoci měla být periodická. Žáci již na počátku edukace prokázali vysokou míru znalostí. Znalosti žáků v KPR dle ERC Guidelines 2015 se po edukaci statisticky významně zvýšily. Nejhůře žáci odpovídali na otázku znalostí hodnocení pulsů u záchraňovaného. ERC Guidelines 2015 nedoporučují puls během laické KPR hodnotit. Je otázkou, do jaké míry ovlivní život záchraňovaného kontrola pulsů. K největšímu posunu došlo u znalosti Reutekovy polohy. Reutekova poloha je snazší na provedení než dříve doporučovaná stabilizovaná poloha. Reutekovu polohu si žáci vyzkoušeli, což mohlo být důvodem vyšších znalostí. S odstupem jednoho měsíce znalosti žáků lehce klesly (z 85,6 % na 80,6 %),

ale tento rozdíl nebyl statisticky významný. Autoři se zamýšleli nad testovými otázkami, které byly použity. Otázky nebyly validované, byly tvořeny autory dle ERC Guidelines 2015.

Důležité je, zamyslet se nad způsobem edukace, vybírat vhodné aktivizující metody, které vedou k vysoké motivaci žáků, a tím i k lepšímu zapamatování, osvojení znalostí a dovedností. Autoři edukačních školení by se měli zaměřit na analýzu metodiky hodnocení, připravit vhodné testové otázky a posuzování dovedností. Tyto atributy mohou významně ovlivňovat výsledky. Bylo by vhodné obměnit metodu výuky například na play role a zahrnout modelové situace. Chtěli bychom hodnotit i praktický nácvik, kterým by se projevily i teoretické znalosti a mohlo by se upustit od klasické testové metody hodnocení znalostí. Kvalitní edukace, edukátor i hodnotící nástroje jsou předpokladem kvalitních znalostí a dovedností.

Zdroje

1. PERKINS G. D., HANDLEY A. J., KOSTER R. W, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation* [online]. 2015, roč. 95, p. 81-99. [cit. 2016-05-17]. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.015. ISSN 03009572.
2. TRUHLÁŘ A., ČERNÝ V., ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ R. a kol. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015: souhrn doporučení. *Urgentní medicína*. 2015, roč. 18, č. mimořádné, p. 7-21. ISSN: 1212-1924.
3. BELEJOVÁ H. Edukace o první pomoci. *Sestra* [online]. 2010. č. 1. [vid. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://zdрави.euro.cz/clanek/sestra/edukace-o-prvni-pomoci-449149>.
4. BITTNER V. *První pomoc – principy, techniky, edukace*. Liberec: FINAL EXIT, 2014. ISBN: 978-80-7494-109-2.
5. ČERVENÝ R. Nové doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015 jsou tady!. *Practicus*. 2015, roč. 14, č. 9, p. 8-13. ISSN: 1213-8711.
6. CONNOLLY M., TONER P., CONNOLLY D., MC CLUSKEY D.R.. The 'ABC for life' programme - Teaching basic life support in schools. *Resuscitation*. 2006, vol. 72, no. 2, p. 273-274. ISSN: 0300-9572.

7. TIEFENBACHER A. *Trénink paměti - Osvědčené tipy, metody a cvičení*. Praha: Grada. 2009. ISBN: 978-80-247-3177-3.
8. HERNÁNDEZ-PADILLA J. M., SUTHERBS F., GRANERO-MOLINA J., FERNÁNDEZ-SOLA C. Effects of two retraining strategies on nursing students' acquisition and retention of BLS/AED skills: A cluster randomised trial. *Resuscitation*. 2015. vol. 93, p. 27-34. ISSN: 0300-9572.
9. KRAPSOVÁ J. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Doporučené postupy pro neodkladnou resuscitaci 2010 – výuka resuscitace a program časné defibrilace pro občany. 2015. Rukopis
10. KANSTAD B. K., NILSENS S.A., FREDRIKSEN B. K. CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation*. 2011. vol. 82, no. 8, p. 1053– 1059. ISSN: 0300-9572.
11. LIEW Ch. Q., HUANG P., HUIEI-MING MA M. et al. Public knowledge and attitude toward AED + CPR. In: *Resuscitation 2015. ERC Symposium on Guidelines: Abstract Presentations*. 2015. s. 151, ISSN: 0300-9572.
12. PAPALEXOPOULOU K., CHALKIAS A., DONTAS I., Education and age affect skill acquisition and retention in lay rescuers after a European Resuscitation Council CPR/AED course. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2014. vol. 43, no. 1, s. 66–71. ISSN: 0147-9563.
13. KOTTOVÁ A. Aplikace 'Záchranka' zavolá 155 a pošle údaje o poloze zraněného. Český rozhlas [online]. 2016. [vid. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/technika/zprava/aplikace-zachranka-zavola-155-a-posle-udaje-o-poloze-zraneneho--1591799>.

Kontakt na autora

Mgr. Eva Samšeňáková
Univerzita Pardubice,
Fakulta zdravotnických studií
Email: Eva.Samsenakova@upce.cz

VYUŽITÍ STANDARDIZOVANÝCH ŠKÁL PRO HODNOCENÍ VÝŽIVY U SENIORŮ V SOCIÁLNÍM ZAŘÍZENÍ

USE OF STANDARDIZED SCALES FOR NUTRITION EVALUATION IN THE ELDERLY IN A RETIREMENT HOME

INGRID JUHÁSOVÁ¹, LENKA CHMELÍKOVÁ²

¹ Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava, ČR

² Poliklinika Skuteč, MUDr. Jakub Seidl, všeobecný praktický lékař, Skuteč, ČR

Abstrakt

Výživa senioru je důležitá pro jejich kvalitu života. Cílem práce je zmapovat nutriční stav seniorů prostřednictvím vybraných nutričních testů v sociálním zařízení. Soubor tvoří 87 seniorů (průměrný věk: 86; min. 69; max. 96 let). Délka pobytu ve vybraném sociálním zařízení byla 1 rok až 7 let. Na získání údajů byly použity testy: MNA (Mini Nutritional Assessment), univerzální nástroj na odhalení podvýživy (Malnutrition universal screening tool – MUST) a index tělesné hmotnosti (body mass index – BMI). Výsledky jsou vyhodnoceny v absolutní a relativní četnosti. Škálou MUST bylo zjištěno, že poruchu výživy má 13% seniorů. Škála MNA potvrdila poruchu výživy u 50% seniorů. BMI test odhalil 30% v kategorii obezity a v kategorii normální stav výživy se dle BMI nacházelo 25% senioru. Problematika výživy seniorů v sociálním zařízení nesmí být opomíjenou oblastí v péči o seniory, protože dobrý stav výživy je předpokladem zlepšení kvality života.

Klíčová slova

nutriční posuzování, senior, výživa, škály, Mini Nutritional Assessment, Malnutrition universal screening tool, Body Mass index.

Abstract

The elderly's nutrition is important for their quality of life. The aim of the study is to explore the nutritional status of the elderly through selected nutritional tests in a social care home. The sample of respondents consisted

of 87 elderly (average age 86, min. 69, max. 96 years of age), who have been residing in social care home from one year to seven years. In order to obtain data needed, the following test were used: MNA (Mini Nutritional Assessment), the universal tool for detecting undernutrition (Malnutrition Universal Screening Tool – MUST) and BMI (Body Mass Index). The results were evaluated in absolute and relative frequency. The scale of MUST revealed that 13% of clients suffer from a certain sort of eating disorder. The scale of MNA confirmed nutritional disorders in 50% of clients. BMI test revealed a large percentage in the category of obesity (30%). According to BMI, 25% of the elderly fall into the category of normal nutritional status. Nutritional issues of the elderly in social care homes should not be neglected area of the elderly care because a good nutritional status is a prerequisite for improving the quality of their life.

Keywords

nutrition, nutritional assessment, the elderly, scales, Mini Nutritional Assessment, Malnutrition universal screening tool, Body Mass index.

Úvod

Aktuálnost problematiky výživy ve stáří je zřejmá nejen celosvětovým zvyšováním počtu starších osob, ale i z nutnosti identifikace rizika podvýživy i jiných onemocnění souvisejících s výživou a zabránění tak jejich negativním dopadům na organismus. Věk s sebou nese změny, které vy-

čleňují pacienty jako skupinu hodnou zvláštní péče. Křehký geriatrický pacient vyžaduje skutečně specifický přístup v mnoha aspektech, jež mohou být ještě ztěžovány polymorbiditou a polypragmázií [1]. Výživa ve stáří má určité zvláštnosti a problémy, které jí do značné míry odlišují od předcházejících životních etap. Správná výživa má zásadní význam na udržení dobrého zdraví a podpory kvalitního života.

Senioři tvoří skupinu obyvatel, kteří nutriční stav je často nedostatečný. Samotný přesun z domácího prostředí do sociálního zařízení může u člověka vyvolat obavy, strach, nervozitu, deprese [2]. Potřeba energetického příjmu se postupně s věkem mění, převážně snižuje. Studie zaměřené na vztah výživy k věku podotýkají, že energetická potřeba organismu od dospělosti ke stáří lineárně klesá. Příjem energie klesá od 2700kcal / den ve věku 30 let k 2100kcal / den ve věku 80 let. To má za následek snížení přínosu hodnotných bílkovin, vitamínů a některých stopových prvků. Energetická potřeba organismu je individuální, zvyšuje se např. po dobu onemocnění [3].

Cíl

Cílem práce je zmapovat stav výživy seniorů v sociálním zařízení dle vybraných standardizovaných hodnotících škál.

Věk	Min. věk	Max. věk	Modus	Průměrný věk	Medián
Ženy	71	96	90	85	85
Muži	69	93	86	84	82
n	69	96	88	86	86

Tab. 1 Deskriptivní charakteristika vzorku
Pozn.: n – absolutní početnost

Výzkumní soubor

Výzkum byl prováděn metodou kvantitativního šetření v zařízení domov seniorů, který má kapacitu 87 lůžek. Zjišťování nutričního stavu seniorů pomocí standardizovaných škál (BMI, MNA, MUST) probíhalo v období červenec 2015 až listopad 2015. Vedení domova pro seniory bylo požádané o umožnění výzkumu. Všichni zúčastnění byli ujištěni, že výsledky budou sloužit pouze pro vědecké účely. Respondentům byla garantovaná anonymita, zároveň byli seznámeni s účelem šetření a vyjádřili souhlas s účastí. Zároveň byli respondenti obeznámeni, že mohou kdykoli vystoupit ze šetření. Kritériem pro zařazení do výzkumu byl souhlas s účastí a pobyt v domově minimálně 1 rok. Účastníků výzkumu bylo 87, z toho 30 (35 %) bylo mužského pohlaví a 57 (65 %) bylo žen. Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word.

Deskriptivní charakteristiky respondentu přibližuje tab. 1.

Nejmladší sledovaná osoba byla ve věku 69 let a byl to muž, nejstarší ve věku 96 let v zastoupení žen (tab. 1). Průměrný věk mužů je 84 let, u žen

je průměrný věk 85 let a společně muži i ženy mají průměrný věk 86 let. Délka pobytu v zařízení byla zaznamenána na celé roky. Minimální délka pobytu seniorů v sociálním zařízení byla 1 rok, maximální délka pobytu byla 8 let. Nejvíce respondentů 50 (57,5 %) žilo v zařízení 1-3 roky. 17 (19,5 %) respondentů pobývalo v rozmezí 4-5 let.

Výzkumní metody

MNA (Mini nutritional assessment) je komplexní a jednoduchý nástroj pro hodnocení celkového stavu výživy. Dotazník je klinicky prověřený a mezinárodně uznávaný, pomáhá odhalit riziko podvýživy, než se projeví hmotnostní úbytek či pokles hladiny bílkovin v krvi. Obsahuje 14 položek, které zahrnují screening a hodnotí celkový nutriční stav. Každá otázka je hodnocena určitým bodovým skórem (maximálně 14 bodů) [4]. Každá otázka je vyhodnocena určitým počtem bodů. V závěru sečteme celkový počet bodů, které pacient získal, a vyhodnotíme. Maximální počet bodů je 14, rozmezí 14–12 bodů je stav normální výživy, 11 – 8 bodů je riziko podvýživy a méně než 7 bodů je podvýživa [5].

MUST, se skládá ze třech klinických parametrů, která jsou ohodnocena body 0, 1, 2. Prvním parametrem testu je BMI. Dalším parametrem je ztráta hmotnosti za posledních 3–6 měsíců. Posledním parametrem je účinek akutního onemocnění. Celkové skóre se navýší o 2 body, nedošlo-li nebo pravděpodobně nedojde k žádnému nutričnímu příjmu po dobu více než 5 dnů. Dosáhne-li pacient 0 bodů, jedná se o nízké riziko podvýživy [6].

BMI se počítá jako poměr hmotnosti ke druhé mocnině výšky v metrech. Podle BMI můžeme velmi snadno určit, je-li člověk v pásmu podvýživy, normy, nadváhy, obezity nebo těžké obezity. Problémy nám mohou činit buď lidé s velkou svalovou hmotou, nebo pacienti s otoky či přítomností většího množství tekutiny v tělních dutinách (ascites), kde pak není výpovědní hodnota BMI přesná. Tam by nás zajímalo složení těla, na jehož stanovení jsou některá pracoviště přístrojově vybavena, ale není to zcela běžné. U zdravých osob považujeme za podváhu BMI pod 18,5 kg/m², u osob nemocných musíme být obezitelní již při BMI pod 20 kg/m² [1].

BMI		Ťažká obezita	Obezita	Nadváha	Norma	Podvýživa	Spolu
Muži	n	3	7	10	9	1	30
	%	10,00	23,30	33,30	30,00	3,30	100,00
Ženy	n	10	6	27	13	1	57
	%	17,50	10,50	47,40	22,80	1,80	100,00
Spolu	n	13	13	37	22	2	87
	%	14,94	14,94	42,53	25,90	2,30	100

Tab. 2 Stav výživy dle testu BMI

MNA		Norma	V riziku	Podvýživa	Spolu
Muži	n	16	9	5	30
	%	53,30	30,00	16,70%	100,00%
Ženy	n	27	18	12	57
	%	47,40	31,60	21,10%	100,00%
Spolu	n	43	27	17	87
	%	49,43	31,03	19,54	100,00
MUST		Bez rizika	Středné riziko	Vysoké riziko	Spolu
Muži	n	26	1	3	30
	%	86,70	3,30	10,00	100,00
Ženy	n	50	1	6	57
	%	87,70	1,80	10,50	100,00
Spolu	n	76	2	9	87
	%	87,00	2,00	11,00	100,00

Tab. 3 Stav výživy dle MNA a MUST

Výsledky

První otázka výzkumu zjišťovala, zda mají respondenti v domově seniorů poruchu výživy dle standardizovaných hodnotících škál výživy. Tab. 2 znázorňuje stav výživy seniorů dle standardizované hodnotící škály výživy BMI.

Z tab. 2 zjišťujeme, že celkem z 87 (100%) respondentů je v normě výživy 22 (25%), zbytek seniorů 65 (75%) trpí některou z poruch výživy (těžká obezita, obezita, nadváha nebo podvýživa). Ve skupině těžká obezita a nadváha je větší zastoupení žen. Muži se více pohybují ve skupině obezita a podvýživa. Normální stav výživy jsme zjistili u 9 (30%) mužů z 30 a znamená to, že mají větší výskyt ve skupině normy než ženy. Žen ve skupině normální stav výživy jsme zjistili 13 (23%).

Tab. 3 znázorňuje nutriční stav dle standardizované hodnotící škály výživy MNA a MUST.

Podle testu MNA jsme zjistili (Tab. 3), že 43 (49,5%) seniorů má stav výživy v normě, 27 (31%) respondentů se pohybuje ve skupině riziko podvýživy a 17 (19,5%) respondentů nám

MNA odhalil jako podvyživených. 16 (53,30 %) mužů je v normálním stavu výživy, 9 (30%) mužů se nachází v riziku podvýživy a 5 (17 %) mužů je již podvyživených. Test MNA zjistil, že stav výživy žen v normě má 27 (47%), v riziku podvýživy se pohybuje 18 (32%) žen a podvýživu nám test MNA odhalil u 12 (21%) žen. Výsledky zjištění dle standardizované hodnotící škály výživy MUST znázorňuje druhá část tabulky 3. Z 87 (100%) respondentů trpí poruchou výživy 11 (13%), stav výživy v normě byl zjištěn u 76 (87%) seniorů (Tab. 3). MUST poukazuje na to, že bez rizika podvýživy je 26 (86%) seniorů. Ve středním riziku podvýživy mezi muži jsme odhalili 1 muže a ve vysokém riziku 3 (10%) muže. 50 (87%) žen je bez rizika podvýživy, 1 (2%) žena se nachází ve středním riziku podvýživy a 6 (9%) žen bylo s vysokým rizikem podvýživy. Z tab. 3 (druhá část) vyplývá, že ženy jsou ve srovnání s muži více bez rizika poruch výživy dle MUST. Jestli je rozdíl ve stavu výživy vzhledem k pohlaví seniorů bylo ověřováno prostřednictvím chí-kvadrát testu. Statisticky sig. rozdíl nebyl zjištěn ani při jednom z nutričních testů ($p > 0,05$).

Diskuze

Kvalita výživy ve všech etapách života, hlavně ve stáří má zásadní význam pro celkový stav organismu. V realizovaném výzkumu bylo z celkového počtu 87 seniorů testem BMI odhalená porucha výživy u $\frac{3}{4}$ z nich. Škála MNA u více jak $\frac{1}{2}$ a škála MUST u 11 (13 %) seniorů. Nejčastější poruchou výživy u seniorů je v sociálním zařízení malnutrice. Malnutricí trpí 50 % seniorů [7]. Výskyt malnutrice ve věku nad 65 let u seniorů v nemocnicích je ve 20 – 40 % a polovina těchto seniorů má těžkou formu malnutrice [8]. V další studii [9] bylo riziko podvýživy detekováno u 43,7 % respondentů, 8,8 % bylo podvyživených a 47,5 % mělo normální stav výživy. Podvýživa a riziko podvýživy bylo u 30 (34,5 %) respondentů naší studie (BMI, MNA, MUST). V zahraniční studii byla u 106 respondentů v institucionální péči zjištěna porucha výživy u 49,06 %, ve stavu podvýživy a v riziku podvýživy bylo 38,68 % respondentů [10]. V další studii [11] u 1043 respondentů v institucionální péči se uvádí, že 56,7 % z nich je podvyživených a v riziku podvyživených 40,7 %. Celkově se podvýživa a riziko podvýživy vyskytuje ve vel-

ké míře, jak již vyplývá z uvedených průzkumů. Nejvíce seniorů ve stavu podvýživy v námi realizované studii odhalila škála MNA, 17 respondentů (19,5%). Oproti škále BMI, která odhalila podvyživený 2 respondenty (24,8%). Podíl podvyživených seniorů v pobytových zařízeních až na 15–60 % [12]. Ve švédské studii [13] na vzorce 261 seniorů ve věku 65–104 let zjistili, že 79 % je v riziku podvýživy a v podvýživě. V australské studii [14] uvádějí analýzu 250 seniorů v opatrovnické péči, kde studia odhalila 5 % respondentů s podvýživou, 38 % v ohrožení podvýživy. Výstup z italské studie [15], která hodnotila nutriční stav pacientů na základě porovnání hodnot BMI a testu MNA, přináší zajímavé výsledky. Převaha podvýživy byla u BMI stanovena na 6,3 % a třetina měřených pacientů měla normální váhu. Na druhou stranu, výsledky testu MNA prokázaly, že 13 % respondentů bylo podvyživených a 66 % bylo ohrožených podvýživou. Tyto výsledky jsou opačné oproti našim výsledkům. Hodnocení rozdílů v nutričním stavu výživy (BMI, MNA a MUST) vzhledem k pohlaví nebyli signifikantní ($p > 0,05$).

Závěr

U seniorů v předkládané studii byli detekováni poruchy malnutrice. V rámci kvalitní péče o seniory by mělo být samozřejmostí dbát na dostatečnou výživu a hydrataci zároveň. Myslíme si, že hodnocení stavu výživy u seniorů by neměla být založena pouze na hodnotách BMI, a že test MNA se jeví jako vhodnější nástroj k posouzení stavu výživy seniorů. Doporučujeme provádět nutriční screening hned při příjmu seniora a vše pečlivě zaznamenat do dokumentace (vytvořit podmínky na pravidelné monitorování a zdokumentování nutričního stavu seniora). Určit konkrétní osobu zodpovědnou za hodnocení stavu výživy seniorů

v zařízení, např. všeobecná sestra, která by aktivně spolupracovala s primárním lékařem případně nutričním terapeutem. Předpokladem poskytované kvalitní nutriční péče je standardizovaná nutriční péče, která má multidisciplinární charakter.

Zdroje

1. GROFOVÁ, Z. Dieta pro vyšší věk. Rady lékaře, průvodce dietou. Praha: Forsapi. 2011.
2. STARNOVSKÁ, T. Nutriční péče. *Medicina pro praxi* 2011; 8(3): 144–145.
3. KALVACH, Z. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, 861 s.
4. KAISER, M. J. et al. Frequency of Malnutrition. Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 59(4):774–775.
5. POKORNÁ, A. Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s.
6. ELIA, M. Screening for Malnutrition: A Multidisciplinary Responsibility. Development and Use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. Redditch: Bapen. 2003.
7. KOHOUT, P. Vybrané kapitoly z klinické výživy I. Svazek II. Praha: Forsapi, 2010. 184 s.
8. TOPINKOVÁ, E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatriká revue* 2005; 1, (1): 6–11.
9. PERÉZ, D. et al.: Nutritional status in elderly patients with a hip fracture. *Nutr Hosp* 2010; 25 (4): 676–681.
10. SAEIDLOU, S. et al.: Assessment of the nutritional status and affecting factors of elderly people living at six nursing home in Urmia, Iran. *International Journal of Academic Research* [online], 2011; 3 (1).[cit. 2015-12-12]. Dostupný na internetu: <http://www.ijar.lit.az/pdf/9/2011%281-28%29.pdf>.

11. SUOMINEM, M. et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *EJCN* [online], 2005, 59: 578–583. [cit. 2011-12-12]. Dostupný na internetu: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n4/full/1602111a.html>.
12. SALVA, A., PERA, G. Nutrition and ageing. *Screening for malnutrition in dwelling elderly. Public Health Nutrition* 2001; 6(4): 1375–1387.
13. CHRISTENSSON, L., UNOSSON, M. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *European Journal of Clinical Nutrition* 2002; 56(9): 810–818.
14. VISVANATHAN, R., MACINTOSH, C., CALLARY, M. et al. The nutritional status of 250 older Australian recipients of domiciliary care services and its association with outcomes at 12 months. *Journal American Geriatric Society* 2003; 51:1007–1011.
15. LANGIANO, E. et al. Nutritional status of elderly institutionalized subjects in a health district in Frosinone (Italy). *Ig Sanita Pubbl* 2009; 65 (1): 17–28.

Kontakt na autora

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
*Katedra zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava, ČR
e-mail: ingrid.juhasova@vspsj.cz*

Bc. Lenka Chmelíková
*Poliklinika Skuteč,
MUDr. Jakub Seidl,
všeobecný praktický lékař,
Boženy Němcové 349,
539 73 Skuteč, ČR*

ADAPTAČNÍ PROCES ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ V PODMÍNKÁCH ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY ČESKÉ REPUBLIKY

THE ADAPTATION PROCESS OF PARAMEDIC IN THE CZECH REPUBLIC

JAROSLAV PEKARA, RENATA PROCHÁZKOVÁ

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Abstrakt

Sdělení se zabývá organizací adaptačního procesu zdravotnických záchranářů s vazbou na činnost a specifika poskytování přednemocniční neodkladné péče v podmínkách Zdravotnické záchranné služby České republiky. Cílem našeho průzkumu bylo porovnat realizace adaptačních procesů mezi zdravotnickými záchrannými službami v České republice. Pro sběr dat byl zvolen kvantitativní dotazník, který byl zaslán vedoucím vzdělávacích a výcvikových středisk zdravotnických záchranných služeb v ČR. Výstupem článku jsou specifická doporučení pro konkrétní potřeby adaptačních procesů Zdravotnických záchranných služeb v České republice.

Klíčová slova

adaptační proces, školitel, zdravotnický záchranář, zdravotnická záchranná služba.

Abstrack

The paper subscribes the organization of adaptation process of paramedics in the Czech Republic with binding to specifics and work in the prehospital care. The aim of our interest was the comparison of adaption process between emergency medical services in the Czech Republic. We created a qualitative questionnaire and we sent it to the educational center in every emergency medical service in the Czech Republic. The output of our study is the specifics recommendations for the concrete needs of the educational center in every emergency medical service in the Czech Republic.

Key works

Adaptation process. Supervisor. Paramedic. The Emergency Medical Service.

Úvod

Adaptační proces (AP) by měl připravit budoucí zaměstnance na nároky budoucí organizace. Klíčovou úlohu sehrává školitel, který má na starost nového zaměstnance. Od roku 2009 je AP pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) povinný, ZZS ČR navíc od roku 2011 mají zákonně zřízena vzdělávací a výcviková střediska (VVS), pod které AP spadá. V prostředí Zdravotnických záchranných služeb v České republice (ZZS ČR) je situace jiná než ve zdravotnických zařízeních. Cílem našeho sdělení bylo prezentovat průběhy AP na jednotlivých ZZS ČR. AP si můžeme představit jako časový úsek, který je potřeba k tomu, aby se nově přichozí zaměstnanec vyškolil a zapracoval do své pracovní pozice, seznámil se s novým pracovním prostředím (1). Úkolem AP je zkrátit období, kdy ještě nový pracovník nepodává standardní výkon a nedostatečně se orientuje v pracovním prostředí. Smyslem procesu je rychlé začlenění do pracovního procesu a kolektivu (2). Hlavním cílem AP je poznat, prověřit, zhodnotit, doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti a dovednosti u NLZP zejména při uplatňování teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi (3).

Současnost AP v ČR

Nástupní praxe (dřívější AP) byla považována za další součást vzdělávání zdravotnických pracovníků a její délka byla různá, od 6-12 měsíců, podle individuálních schopností a znalostí zhodnocených vedoucím pracovníkem. Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2009 Metodický pokyn, kterým se AP vymezil podrobněji (4). Metodický pokyn vydaný MZČR v roce 2009 definuje AP pro nelékařské zdravotnické pracovníky, jako proces začle-

nění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, který má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. V neposlední řadě má zahájit formování pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a souvazečnosti k zaměstnavateli. V průběhu adaptace by si měl zdravotnický pracovník ověřit soubor základních znalostí a získat zkušenosti pro výkon práce, seznámit se s prostředím, spolupracovníky a pracovním týmem (5). Metodický pokyn upravuje doporučený pracovní postup realizace a ukončení AP pro nelékařské zdravotnické pracovníky ve všech typech zdravotnických zařízení a zároveň zaručuje jednotný postup a rovné podmínky pro všechny absolventy a nově nastupující zdravotnické pracovníky při vstupu do nového pracovního prostředí po získání odborné způsobilosti, dále se tento metodický pokyn týká nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přerušili výkon povolání nebo přecházejí na jiná pracoviště a charakter jejich nové práce se výrazně liší. AP absolvuje nelékařský zdravotnický pracovník, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb., nelékařský zdravotnický pracovník, který přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo nelékařský zdravotnický pracovník, který přechází na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jeho nové práce se výrazně liší (5).

Kromě výše uvedeného metodického pokynu se z hlediska legislativy dotýká AP:

- zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů;
- vyhláška č. 321/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků;
- vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (4).

Vlastní provedení AP

AP probíhá na příslušných zdravotnických pracovištích, která poskytují NLZP možnost uplatnit základní, odborné popřípadě specializované činnosti, pro které získali odbornou způsobilost k výkonu své profese. Vedoucí pracovník daného úseku ihned po nástupu nelékařského zdravotnického pracovníka sestaví Plán zapracování adaptačního procesu na příslušném formuláři (řízená dokumentace), určí školícího pracovníka (školitele) a seznámí účastníka AP s jeho průběhem a organizací. Specifické dovednosti vycházejí z konkrétních potřeb a zdravotnické zařízení si je nadefinuje individuálně. Školícím pracovníkem AP lze určit takového pracovníka, který získal odbornou způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a získal Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, eventuálně specializovanou způsobilost v daném oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost (5). Výsledkem tohoto doporučení pro školitele je, zejména v prostředí zdravotnických záchranných služeb v ČR, jeho velká zodpovědnost, protože jen na základě vlastní praxe, přesvědčení a názorů školí další nástupce ve svém oboru. Tato úloha není jednoduchá

a nabízí se otázka, zda je pouze praxe pro výkon školitele dostačující a zda by neměli mít školitelé alespoň kurz mentora pro klinickou praxi. Mentorství je jednou z forem socializace profesionálních rolí. Stručně se dá popsat, že mentorství pomáhá druhému se učit (6). Cílem je podpora profesního rozvoje mentorovaného (studenta, kolegy) a základním procesem mentorství je učení se. Kurz mentora pro klinickou praxi pomáhá absolventům se připravit na klíčové dovednosti v AP a umět vytvářet optimální podmínky pro kvalitu a efektivní výuku odborné praxe, organizovat a řídit výukové procesy v souvislosti s odbornou praxí, koordinovat praktické činnosti a výkony vzdělávacích, průběžně hodnotit dosahované znalosti a provádět výstupní evaluace vzdělávacího procesu a zpracovávání závěrečného hodnocení účastníků vzdělávacího procesu. Dle výše uvedeného můžeme konstatovat, že kurz mentora pro klinickou praxi by mohl být vhodný také pro školitele adaptačních procesů ZZS v ČR (7).

Délka AP dle Metodického pokynu pro adaptační proces (přičemž délka AP je závislá na znalostech, dovednostech a schopnostech konkrétního účastníka) je pro:

- účastníky AP/absolventy obvykle v období 3 až 12 měsíců po nástupu do zaměstnání;
- účastníky AP, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než 2 roky nebo přecházejí na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jejich nové práce se výrazně liší v období 2 až 6 měsíců po nástupu.

Průzkum

Na základě Metodického pokynu MZČR z roku 2009 jsme oslovili k dotazníkovému šetření všech 14 ZZS v ČR (účast byla dobrovolná). Dotazníky byly rozeslány 14 vedoucím vzdělávacích středisek zdravotnických záchranných služeb v České republice. Návratnost dotazníků činila 79 %, což zahrnuje odpovědi z jedenácti ZZS v ČR. Pro náš průzkum byly stanoveny cíle a průzkumné otázky.

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, zda probíhá adaptační proces na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP a komparovat jednotlivé adaptační procesy ZZS v ČR.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda je dodržována délka adaptačního procesu na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda jsou realizovány adaptační procesy na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak probíhá zpětná vazba školitelů v adaptačních procesech na ZZS v ČR.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jakým způsobem je ukončován adaptační proces na ZZS v ČR.

Průzkumné otázky:

1. Jaká je délka adaptačního procesu nových zaměstnanců - absolventů na ZZS v ČR?
2. Jak jsou realizovány adaptační procesy na ZZS v ČR?
3. Jak probíhá zpětná vazba školitelů v adaptačních procesech na ZZS v ČR?
4. Jakým způsobem je ukončován adaptační proces na ZZS v ČR?

Metodika průzkumu

Potřebná data byla získána průzkumným šetřením pomocí kvantitativního dotazníku.

V České republice se nachází 14 zdravotnických záchranných služeb. Dotazníky byly rozeslány 14 vedoucím vzdělávacích středisek zdravotnických záchranných služeb v České republice

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 měsíc	X	0	0,00
2-3 měsíce	LK, ZK	2	18,18
3-12 měsíců	HMP, SČK, JČK, UK, PaK, KV, JmK, OK, MsK	9	81,82
Celkem		11	100,00

Tabulka 1 Délka adaptačního procesu na ZZS pro absolventy škol

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
2 týdny	X	0	0,00
1 měsíc	LK, ZK	2	18,18
2-6 měsíců	HMP, SČK, JČK, UK, PaK, KV, JmK, OK, MsK	9	81,82
Celkem		11	100,00

Tabulka 3 Délka adaptačního procesu na ZZS pro zaměstnance z jiného pracoviště

(sběr probíhal v měsících listopad 2014 - únor 2015). Návratnost dotazníků činila 79 %, což zahrnuje odpovědi z jedenácti ZZS v ČR (Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, ZZS Zlínského kraje, ZZS Středočeského kraje, ZZS Jihočeského kraje, ZZS Ústeckého kraje, ZZS Libereckého kraje, ZZS Pardubického kraje, ZZS Vysočina, ZZS Jihomoravského kraje, ZZS Olomouckého kraje, ZZS Moravskoslezského kraje). Dotazník obsahoval 10 uzavřených otázek, které sledovaly, zda adaptační proces na ZZS v ČR probíhá v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Diskuze

V souvislosti s [prvním dílčím cílem](#) jsme se snažili zjistit, zda je dodržována délka adaptačního procesu na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR,

ročník 2009, částka 6. Zjistili jsme, že všech 11 dotazovaných ZZS v ČR (100 %) provádí AP podle výše uvedeného Metodického pokynu MZČR. Tyto zákonitosti jsme dále ověřovali v délce AP. Devět (81,82 %) ZZS v ČR z 11 dotazovaných respektovalo Metodický pokyn MZČR z hlediska obvyklé délky AP pro absolventy (3-12 měsíců), kteří získali odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. U dvou ZZS v ČR (18,18 %) je stanovena délka AP pro absolventy škol 2-3 měsíce. Tato doba nám pro nové absolventy pracující na ZZS přijde velmi krátká, protože nerespektuje minimální čas na zapracování (3 měsíce) dle Metodického pokynu MZČR (kde je uvedeno, že délka AP je závislá na znalostech a dovednostech konkrétního zaměstnance) a jak uvádí literatura (8), právě první měsíce jsou nesmírně důležité pro pozitivní zapracování. Důsledkem této absence mohou nastat negativní důsledky AP.

Stejná doba na zapracování v AP nás zajímala u zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení, a charakter jejich nové práce se výrazně liší. Dle Metodického pokynu MZČR pro AP je tato doba stanovena na 2-6 měsíců. Zjistili jsme, že tuto dobu respektuje 9 ZZS v ČR (81,82 %) a 2 ZZS (18,18 %) mají tuto dobu pouze 1 měsíc.

Zde se na základě zkušeností z praxe dá usuzovat, že doba 1 měsíc pro zapracování zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jejich nové práce se výrazně liší, je dostatečná (s ohledem na znalosti, dovednosti a schopnosti konkrétního účastníka AP).

Na základě zjištěných výsledků [odpovídáme, že je dodržována délka adaptačního procesu](#) na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6.

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) odborné teoretické přednášky	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
b) praktické modelové situace a výkony	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
c) nácvik KPR	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
d) hygienicko - epidemiologický režim	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
e) sebeobrana	HMP, MsK	2	18,18
f) řízení vozidel záchranné služby	HMP, LK, ZK	3	27,27
g) stáž na ZOS	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
h) profesionální komunikace	HMP, MsK, LK, JČK	4	36,36

Tabulka 4 Aktivita adaptačního procesu; n = 11 (100 %)

Druhý dílčí cíl ověřoval, zda jsou realizovány adaptační procesy na ZZS v ČR v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6. Zjistili jsme, že na všech 11 dotazovaných ZZS v ČR (100 %) jsou AP koncipovány jako teoretické přednášky a praktická cvičení směřující k přípravě na základní, odborné popřípadě specializované činnosti, pro které získali účastníci AP odbornou způsobilost k výkonu své profese (9). Při detailním dotazu o jaké činnosti se jedná, jsme zjistili, že všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) aplikuje v rámci svého AP nácvik KPR, přednášky o hygienicko - epidemiologickém režimu a stáž na ZOS. Školení sebeobrany probíhá pouze na dvou ZZS (18,18 %), školení v řízení vozidel záchranné služby probíhá na třech ZZS (27,27 %) a školení profesionální komunikace na čtyřech ZZS (36,36 %). Z hlediska srovnání jednotlivých školicích aktivit mezi ZZS v ČR dominuje ZZS HMP, která provádí veškeré stě-

žejní činnosti k výkonu profese zdravotnického záchranáře.

Zajímalo nás také kritérium pro školitele AP na jednotlivých ZZS v ČR, a to z hlediska délky praxe školitele. Metodický pokyn MZČR totiž blíže nespecifikuje podmínky pro školitele AP na ZZS v ČR. Vycházeli jsme proto z podmínek ZZS HMP, která stanovuje svým interním metodickým pokynem minimální dobu pro výkon školitele v AP 5 let. Z 11 ZZS v ČR všichni dotazovaní (100 %) mají stanovenou minimální dobu praxe pro výkon školitele AP na ZZS 5 let. Na základě zjištěných výsledků konstatujeme, že AP na ZZS v ČR probíhají v souladu s Metodickým pokynem MZČR k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP, který byl zveřejněn ve Věstníku MZČR, ročník 2009, částka 6. Z hlediska doporučení do praxe připadá v úvahu doporučení (po vzoru ZZS HMP) všem ZZS v ČR zařazení do jejich AP **výcvik profesionální komunikace a školení v řízení vozidel záchranné služby**.

Třetí dílčí cíl zjišťoval, jak probíhá zpětná vazba školitelů v AP na ZZS v ČR. Na pozici školitele je kladena, zejména v prostředí zdravotnických záchranných služeb v ČR, velká zodpovědnost, **protože jen na základě vlastní praxe, přesvědčení a názorů školí další nástupce ve svém oboru**. Zajímalo nás proto, jak jednotlivé ZZS v ČR pracují se svými školiteli. Zjistili jsme, že na všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) nejsou stanoveny konkrétní podmínky. Dané zjištění nutí k zamyšlení, zda je pro výkon školitele u zdravotnických záchranářů v AP dostačující 5 let praxe. Z hlediska doporučení do praxe si můžeme vzít inspiraci ze systému, který je uplatňován u mentorů všeobecných sester (kurz mentora pro klinickou praxi). Mentorství je jednou z forem socializace profesionálních rolí. Stručně se dá popsat, že mentorství pomáhá druhému se učit (6). Cílem je podpora profesního rozvoje mentorovaného (studenta, kolegy). Kurz mentora pro klinickou praxi pomáhá absolventům připravit se na klíčové dovednosti v AP a umět zejména vytvářet optimální

Odpověď	ZZS	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 x měsíčně	X	0	0,00
1x za 3-6 měsíců	X	0	0,00
pouze na konci AP	HMP, SČK, JČK, LK, UK, PaK, KV, JmK, OK, ZK, MsK	11	100,00
Celkem		11	100,00

Tabulka 9 Frekvence záznamu o průběžném hodnocení v rámci AP

podmínky pro kvalitu a efektivní výuku odborné praxe. Dále organizovat a řídit výukové procesy v souvislosti s odbornou praxí, koordinovat praktické činnosti a výkony vzdělávaných, průběžně hodnotit dosahované znalosti a provádět výstupní evaluace vzdělávacího procesu a zpracovávání závěrečného hodnocení účastníků vzdělávacího procesu. Daný kurz má dle našeho mínění, alespoň minimální požadavky, které by měl splnit každý školitel (minimálně 2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v plném úvazku a specializovaná způsobilost v příslušném); (7). **Bohužel v současné době je tento kurz přístupný pouze pro všeobecné sestry a porodní asistentky.**

Čtvrtý dílčí cíl (v návaznosti na čtvrtou průzkumnou otázku) měl zjistit jakým způsobem je ukončován adaptační proces na ZZS v ČR. Dle Metodického pokynu MZČR pro AP průběh a hodnocení adaptačního procesu má být veden vedoucím pracovníkem úseku nebo školícím pracovníkem pohovorem nebo prověřením praktických dovedností s účastníkem adaptačního procesu, a to 1x za týden (nejméně však 1x měsíčně). Tento aspekt kontrolovala položka č. 9. K samotnému zakončení AP na ZZS v ČR byla směřována položka č. 10. AP má být zakončen pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka úseku a školícím pracovníkem. Na základě našeho průzkumu vyplývá, že na všech 11 dotazovaných (100 %) ZZS v ČR probíhá hodnocení adaptačního procesu vedoucím pracovníkem úseku nebo školícím pracovníkem (pohovorem nebo prověřením praktických

dovedností s účastníkem adaptačního procesu), **ale pouze na konci adaptačního procesu, což nerespektuje Metodický pokyn MZČR pro AP.**

Co se týká ukončení AP na všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) probíhá ukončení adaptačního procesu odborným testem, praktickou zkouškou a pohovorem, což je dostatečné. **Z hlediska doporučení pro praxi** nalézáme možnosti zlepšení AP na ZZS, protože průběžné hodnocení (1x za týden, nejméně však 1x za měsíc) AP není v podmínkách ZZS prováděno. Je tak otázkou, jaká je zpětná vazba a jak probíhají pravidelná školení školitelů AP ZZS v ČR, což by mohl saturovat již výše zmíněný kurz mentora pro klinickou praxi. Z výše uvedeného průzkumu vyplývá, že nejlepšími výsledky z hlediska koncepce AP na ZZS v ČR dosahuje ZZS HMP díky velkému rozsahu školení (rozšířeno o řízení, komunikaci) během AP. I ta má však rezervy, podobně jako všechny další ZZS v ČR, především ve zpětné vazbě a školení vlastních školitelů AP.

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků navrhuje doporučení pro praxi pro všechna vzdělávací a výcviková střediska ZZS v ČR:

1. Důsledné dodržování délky AP na ZZS v minimálním rozsahu 3 měsíce u absolventů škol nastupujících na ZZS.
2. Důsledné dodržování délky AP na ZZS v minimálním rozsahu 2 měsíce u zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického

zařízení, a charakter jejich nové práce se výrazně liší.

3. Zařazení povinného školení profesionální komunikace a školení v řízení vozidel záchranné služby do všech AP ZZS v ČR.
4. Posílit zpětnou vazbu a pravidelné vzdělávání školitelů AP na ZZS v ČR. Pro tento účel jsme vytvořili doporučení (otázky) k základní zpětné vazbě školitelů AP. Pro vedoucí vzdělávacích a výcvikových středisek ZZS:

- *Co je pro Vás při výkonu školitele adaptačního procesu ZZS nejnáročnější?*
- *Jakým způsobem motivujete zdravotnické záchranáře při adaptačním procesu?*
- *Zdravotnický záchranář, kterého máte jako školitel adaptačního procesu na starosti, nachystá jiný lék, než jste mu nařídil pro pacienta připravit. Jak budete reagovat jako školitel?*
- *Zdravotnický záchranář, kterého máte jako školitel adaptačního procesu na starosti, při transportu pacienta do sanitního vozidla na transportní sedačce, pacienta vyklopí na zem. Jak budete reagovat jako školitel?*
- *Které oblasti jsou stěžejní pro zdravotnického záchranáře při AP?*
- *Jakým způsobem hodnotíte záchranáře v závěru adaptačního procesu ZZS?*
- *Jak je koncipován Váš rozvoj jako školitele adaptačního procesu ZZS ze strany zaměstnavatele?*
- *Jak často probíhají setkání s dal-*

šími školiteli adaptačního procesu ZZS?

5. Důsledné dodržování průběžného hodnocení školenců v AP (1x za týden, nejméně však 1x za měsíc) na ZZS v ČR.

Závěr

Hlavním cílem našeho průzkumu bylo porovnání realizace adaptačních procesů mezi zdravotnickými záchrannými službami v České republice. Metodický pokyn vydaný MZČR v roce 2009 definuje AP pro nelékařské zdravotnické pracovníky jako proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. Snažili jsme se zjistit, zda je Metodický pokyn vydaný MZČR v roce 2009 definující AP na ZZS v ČR respektován, zda je dodržována délka praxe v rámci AP, jak jsou adaptační procesy na ZZS v ČR realizovány, zda a jak je pracováno se školiteli AP a jakým způsobem je adaptační proces na ZZS v ČR ukončován. Devět (81,82 %) ZZS v ČR z 11 dotazovaných respektuje Metodický pokyn MZČR z hlediska obvyklé délky AP pro absolventy, kteří získali odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (3-12 měsíců). U dvou ZZS v ČR (18,18 %) je délka AP pro absolventy škol stanovena na 2-3 měsíce. U zaměstnanců, kteří přecházejí z jiného pracoviště zdravotnického zařízení, a charakter jejich nové práce se výrazně liší, je doba pro zapracování 2-6 měsíců. Zjistili jsme, že tuto dobu respektuje 9 (81,82 %) ZZS v ČR a 2 ZZS (18,18 %) mají tuto dobu pouze 1 měsíc. Z hlediska podmínek nutných pro vykonávání pozice školitele AP na ZZS vychází všechny ZZS v ČR ze zkušeností ZZS HMP, která stanovuje svým interním metodickým pokynem minimální dobu pro výkon školitele v AP 5 let. Z hlediska doporučení do praxe je potřeba posílit a doporučit (po vzoru ZZS HMP) všem

ZZS v ČR zařazení do jejich AP výcvik profesionální komunikace a školení v řízení vozidel záchranné služby.

Zjistili jsme, že všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) aplikuje v rámci svého AP nácvik KPR, přednášky o hygienicko - epidemiologickém režimu a stáž na ZOS. Školení sebeobranu probíhá pouze na dvou ZZS (18,18 %), školení v řízení vozidel záchranné služby probíhá na třech ZZS (27,27 %) a školení profesionální komunikace na čtyřech ZZS (36,36 %). Z hlediska srovnání jednotlivých školících aktivit mezi ZZS v ČR dominuje ZZS HMP, která provádí veškeré stěžejní činnosti k výkonu profese zdravotnického záchranáře. Na základě našeho průzkumu bylo dále zjištěno, že zpětná vazba a pravidelné školení školitelů AP ZZS v ČR neprobíhá a doporučujeme tuto oblast posílit např. kurzem mentora pro klinickou praxi. Co se týká ukončení AP na všech 11 dotazovaných ZZS (100 %) probíhá ukončení adaptačního procesu odborným testem, praktickou zkouškou a pohovorem, což je dostatečné. Z hlediska doporučení pro praxi však vidíme nedostatky, protože průběžné hodnocení (1x za týden, nejméně však 1x za měsíc) není v rámci AP na ZZS v ČR prováděno. Podařilo se nám tak splnit hlavní cíl sdělení a na základě formulovaných průzkumných otázek naplnit stanovené čtyři dílčí cíle. Cílem AP je poznat, prověřit, zhodnotit, doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti a dovednosti u NLZP zejména při uplatňování teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi (Kilíková, 2008). Mezi hlavní cíle integrace nového pracovníka do organizace patří pomoc překonat počáteční fázi nástupu, ovlivnit příznivý vývoj a vztah k organizaci, podávat co nejrychleji požadovaný výkon a snížit pravděpodobnost brzkého odchodu u pracovníka. Dominantní úlohu v naplnění těchto rolí sehrávají školitelé AP na ZZS v ČR. Vedle formulovaných doporučení jsme pro praxi vytvořili alespoň bazální check - list sloužící k provádění zpětné vazby a hodnocení školitelů AP na ZZS v ČR.

Zdroje

1. KOUBEK J. Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky. Praha: Management Press, 2005. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.
2. KOCIANOVÁ R. Personální činnosti a metody personální práce. Praha: Grada, 2010. 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.
3. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-290-8.
4. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E. Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwers, 2011. 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
5. Metodický pokyn ze dne 12. srpna 2009 k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ve znění pozdějších předpisů
6. Grindel C. Mentorship: A key to retention and recruitment. *Med-surg Nursing*. 2004, vol. 13, no. 1. ISSN 1092-0811.
7. NCO NZO. *Mentor klinické praxe ošetrovatel'stvi a porodní asistence*. Národní centrum ošetrovatel'stvi a nelékařských zdravotnických oborů. [online]. 2009. [cit. 2014-20-10]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/mentor-klinicke-praxe-osetrovatel'stvi-a-porodni-asistence>
8. ANDRŠOVÁ A. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
9. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších předpisů

Kontakt na autora

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7

Praha 5

150 00

pekara@vszdrav.cz

THE IMPORTANCE OF INFORMING A PATIENT WITH POSTOPERATIVE PAIN WHEN USING CONTINUOUS EPIDURAL ANALGESIA?

EPIDURALNA ANALGEZIJA – SMANJUJE LI VIŠI STUPANJ EDUKACIJE BOLESNIKA STUPANJ POSLIJEOPERACIJSKE BOLNOSTI?

JOSIP BOŽIĆ^{1,2,3}

¹ School of nursing Vinogradska, Zagreb

² Society for the Suppression of pain Croatia

³ General Hospital Varaždin, Department of Anesthesiology reanimation and intensive healing, Varaždin, Croatia

Abstrakt

Introduction: According to the results of significantly cited studies, current methods for reducing the postoperative pain are not satisfactory. Extended postoperative pain causes a prolonged course of hospitalization and the consequent increase in costs. The purpose of this study was to determine to what extent the use of epidural analgesia affects the occurrence and treatment of complications, ultimate outcomes and length of hospitalization.

Method: The study was conducted at the General Hospital Varaždin. The study included 72 patients (experimental and control groups). For purposes of the research the original questionnaire was made. The degree of reliability of the questionnaire was tested using Cronbach. The questionnaire contained parameters, namely: demographics, degree of patient's education on methods of reducing pain, the degree of patient's satisfaction with method of analgesia.

Results: The degree of reliability of the questionnaire is 0.7 (significant reliability). For the purpose of comparison, the results of two groups were obtained using Chi-square and t-test ($p < 0,05$). Results were analyzed with the statistical package SPSS 19.0 (IBM Software package for statistical analysis, Statistical analysis in social science, USA).

Discussion: The results show that patients who received epidural analgesia had a higher degree of satisfaction compared to patients who received conventional parenteral methods of disposing the pain. In 36.6 % of patients the results show that the level of quality of the treatment significantly increased. Methods / procedures used by nurses

in reducing the level of pain are significant for the course and the outcome of the treatment.

Keywords

Pain • pain assessment • measurement of pain level • informed consent.

Sažetak

Uvod: Prema rezultatima značajno citiranih studija, metode za smanjenje stupnja poslijeoperacijske boli nisu zadovoljavajuće. Protražirana poslijeoperacijska bol uzrokuje produljeni tijek bolničkog liječenja, te posljedično povećanje troškova. Svrha je provedenog istraživanja utvrditi u kojem opsegu uporaba epiduralne analgezije utječe na pojavu i liječenje komplikacija, krajnje ishode liječenja i duljinu trajanja hospitalizacije.

Metoda: Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici Varaždin. U istraživanje su uključena 72 ispitanika (ispitivana i kontrolna skupina). Za svrhe istraživanja izrađen je originalni upitnik. Stupanj pouzdanosti upitnika provjeren je Cronbach-metodom. Upitnik je sadržavao parametre, i to: demografske podatke, stupanj edukacije bolesnika o metodama kupiranja bolnosti, stupanj zadovoljstva bolesnika provedenom metodom analgezije.

Rezultati: Stupanj pouzdanosti upitnika iznosi 0,7 (znatna pouzdanost). Radi usporedbe dviju skupina, rezultati su dobiveni uporabom chi-kvadrat i t-testa ($p < 0,05$). Rezultati su obrađivani uporabom statističkog paketa SPSS 19,0 (IBM Software package for statistical analysis, Statistical analysis in social science, USA).

Rasprava: Rezultati pokazuju da su bolesnici kod kojih je uporabljena me-

toda epiduralne analgezije zadovoljniji u odnosu na bolesnike kod kojih je uporabljena konvencionalna parenteralna metoda zbrinjavanja boli. Kod 36,6% ispitanika rezultati pokazuju da je stupanj kvalitete liječenja znatno povećan. Metode/postupci koje upotrebljavaju medicinske sestre radi smanjenja stupnja boli važne su za tijek i krajnji ishod liječenja.

Ključne riječi

bol • procjene bolnosti • mjerenje stupnja boli • informirani pristanak.

Uvod

Prema rezultatima recentnih studija (Švedska, Koreja, Južnoafrička Republika, Sjedinjene Američke Države) (1), danas su znanstveno verificirana četiri parametra koje medicinske sestre upotrebljavaju za procjenu stupnja poslijeoperacijske boli.

- (i). promatranje operativne površine i stupanj ograničenja pokretljivosti;
- (ii). subjektivna procjena stupnja bolnosti, opis bolesnikova iskustva bolnosti;
- (iii). intonacija riječi i interakcija;
- (iv). radno, stečeno iskustvo.

Skrb je sama po sebi važna, no ovisi i o vrsti operacije, dobi, spolu (1). Lazon Clabo (2010) navodi da Fagerhaugh i Strauss (1977) u svojoj studiji naglašavaju dramatične varijabilnosti u distribuciji boli među različitim odjelima. Istraživanja su pokazala različito razumijevanje i procjene boli različitim odjelima. Važan čimbenik u procjeni boli kultura je organizacije (1). Različiti autori proveli su opsežna klinička istraživanja, imajući na umu da

je akutna poslijeoperacijska bol u većine bolesnika nedovoljno olakšana (1, 2). Poslijeoperacijska bol koja se liječi uporabom nezadovoljavajućih metoda uzrokuje produljenje potrebne hospitalizacije, povećanje ekonomskih troškova i odgađanje provođenja metoda fizikalne terapije (3, 4). Združena sociološko-zdravstvena istraživanja upućuju da 60% bolesnika ima pasivan odnos prema doživljaju boli te zauzima pasivan odnos i iščekuje izravne upite zdravstvenih djelatnika o stanju bolnosti (5, 6). Nadalje, iznalazi se kako stupanj informiranosti bolesnika o stupnju, vrstama i metodama liječenja boli utječe na stupanj proživljavanja boli, kao i na kvantitetu uzimanja analgetika (7, 8, 9).

Prema danas prihvaćenim smjernicama (10), poslijeoperacijsku bol potrebno je liječiti prema znanstveno verificiranim preporukama (10). Prema navedenim, znanstveno prihvaćenim spoznajama, provedeno je istraživanje radi povećanja broja informacija o stupnju edukacije bolesnika o metodama liječenja poslijeoperacijske bolnosti.

Specifično:

- ad 1 Može li se utvrditi da bolesnici kod kojih je u uporabi epiduralna analgezija osjećaju niži stupanj boli od onih kod kojih su u uporabi konvencionalne metode;
- ad 2 esu li medicinske sestre osobe koje ponajviše educiraju bolesnike o uporabi metoda liječenja boli;
- ad 3 imaju li bolesnici kod kojih je uporabljena epiduralna analgezija veći stupanj kvalitete života u odnosu na bolesnike kod kojih su uporabljene konvencionalne metode za umanjavanje bolnosti.

Cilj

- Ciljevi su istraživanja četverostruki, i to:
- ad 1 utvrditi smanjuje li edukacija pacijenata o metodama suzbijanja boli prije operacije percepciju poslijeoperacijske bolnosti;
 - ad 2 utvrditi smanjuje li korištenje kontinuirane epiduralne analgezije stupanj poslijeoperacijske bolnosti;
 - ad 3 utvrditi stupanj važnosti uporabe

VAS (engl. Visual analog scale) skale za procjenu poslijeoperacijske bolnosti;

- ad 4 utvrditi stupanj važnosti medicinskih sestara u predoperativnoj edukaciji bolesnika o čimbenicima poslijeoperacijske boli.

Metoda

Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici Varaždin - kirurški odjel (abdominalni), i to od 1. veljače 2011. do 1. veljače 2012. U istraživanje su uključena 72 bolesnika, koji su podijeljeni u dvije skupine: skupina A (31 ispitanik): konvencionalne metode analgezije; skupina B (41 ispitanik): epiduralna analgezija. Ispitanici su nasumično razvrstani u skupine. Kod svih ispitanika učinjen je operacijski zahvat u općoj anesteziji (laparoskopski operacijski zahvat). Prosječno vrijeme trajanja operacijskog zahvata bilo je 97,3 minuta. (Raspon: 30 do 270 minuta; SD 38,9). Istraživani čimbenici bili su starosna dob, spol, stupanj obrazovanja. Uporabljena je originalni anketni upitnik te dodatak naslova "procjena boli", koji je dio dokumentacije zdravstvene njege u Općoj bolnici Varaždin. Upitnik sadržava demografske podatke o bolesnicima, i to: dijagnoze, vrstu operacijskog zahvata, komorbiditet, stupanj obaviještenosti bolesnika o metodama smanjivanja bolnosti i suzbijanja poslijeoperacijske boli. Za određivanje stupnja edukacije bolesnika uporabljena su pitanja prema tiskanom materijalu naslova "liječenje boli nakon operacije". Upitnik sadržava i poseban dodatak o čimbenicima, i to: stupanj zadovoljstva i učinkovitost analgezije. Pouzdanost anketnog upitnika ispitana je Cronbachovim alfa-koeficijentom. Upitnik se sastojao od sedam pitanja vezanih za operaciju, gdje je Cronbach alfa bio 0,77.

U drugom dijelu upitnika bilo je osam pitanja o poslijeoperacijskoj boli i kontinuiranoj epiduralnoj analgeziji, gdje je koeficijent Cronbach alfa bio 0,72. Cronbach alfa koeficijent u oba je slučaja premašio prag od 0,7. Utvrđen je zadovoljavajući stupanj pouzdanosti anketnog upitnika.

Statistička analiza

Za usporedbu čimbenika u ispitanika u skupinama (ispitivana+kontrolna skupina) uporabljen je s chi-kvadrat i t-test za nezavisne uzorke ($p < 0,05$). Uporabljena je programski paket SPSS 19,0 (IBM Software package for statistical analysis, Statistical analysis in social science, USA).

Rezultati

Prema spolu, u istraživanje je uključeno 40 muškaraca (55,6%) i 32 žene (44,4%). Prema starosnoj dobi, ispitanici su podijeljeni u osam skupina, i to: od 15-20 godina ($n = 2$, 2,8%); od 21 do 30 godina šest bolesnika (8,3%); od 31 do 40 godina ($n = 9$, 12,5%); od 41 do 50 godina ($n = 17$, 23,6%); od 51 do 60 godina ($n = 15$, 20,8%); od 61 do 70 godina ($n = 10$, 13,9%); od 71 do 80 godina ($n = 12$, 16,7%); od 81 godine i više jedan bolesnik (1,4%). Prema stupnju obrazovanja ispitanici su podijeljeni u skupine, i to: 31 ispitanik (43,1%) osnovna škola, 30 ispitanika (41,7%) srednjoškolsko obrazovanje, 6 ispitanika (8,3%) fakultetsko obrazovanje šest ispitanika (5,6%), bez obrazovanja bio je jedan ispitanik (1,4%).

Ad 1: Poslije operacijskog zahvata 56,9% ispitanika imalo je kontinuiranu epiduralnu analgeziju, a 43,1 % tretirano je intravenoznom terapijom. Ispitanici koji su analgetsku terapiju primali intravenozno i ispitanici koji kod kojih su analgetici ordinirani »prema potrebi«, svrstani su u skupinu A. Stupanj bolnosti mjereno je tri dana poslije operacijskog zahvata uporabom VAS- ljestvice, 6 puta na dan u vremenskom tijeku od dva sata. Prvi dan mjerenja stupnja bolnosti proveden je na dan operacije.

Ad 2: Najviše informacija o kontroli postoperativne boli pacijenata s kontinuiranom epiduralnom analgezijom daje medicinska sestra na odjelu i u anesteziološkoj ambulanti. Rezultati upućuju na to da je medicinska sestra najčešća edukatorica i daje najviše informacija o suzbijanju postoperativne boli. Pacijenti su dali više odgovora o tome od koga su ili iz kojih su izvora primili informaciju, pa broj odgovora prelazi

veličinu uzorka. Rezultati pokazuju da je 68,1% ispitanika dobilo informaciju o liječenju prema vrstama, trajanju i metodama liječenja boli od medicinskih sestara na kirurškom odjelu i medicinske sestre u ambulanti, 54,2% ispitanika od medicinskih sestara u anesteziološkoj ambulanti, te 51,4% ispitanika čitanjem informativnog materijala. Rezultati pokazuju da 15,3 ispitanika navodi kirurga kao subjekta koji daje zadovoljavajuću informaciju. Statistički rezultati pokazuju da medicinske sestre znatno više obavještavaju ispitanike o metodama liječenja postoperativne boli od liječnika anesteziologa i kirurga (chi-kvadrat; $p < 0,001$). Dobiveni rezultati potvrđuju hipotezu ad 2.

Ad 3: Bolesnici kod kojih je uporabljena metoda epiduralne analgezije opisuju znatno niži stupanj poslijeoperacijske boli. Rezultati pokazuju da ispitanici s kontinuiranom epiduralnom analgezijom imaju viši stupanj zadovoljstva od ispitanika kod kojih je u uporabi konvencionalna parenteralna terapija. Iznalazi se da je kod 36,6% ispitanika uporaba epiduralne analgezije većeg stupnja zadovoljstva od očekivanog, a isti je stupanj zadovoljstva zabilježen kod 6,5% ispitanika kod kojih je u uporabi konvencionalna parenteralna terapija. Statistička analiza pokazuje (Chi-kvadrat test) statistički znatnu razliku u korist skupine B ($p = 0,02$). Nezadovoljstvo uporabom epiduralne analgezije verificirano je kod vrlo malo ispitanika (4,2%). Dobiveni rezultati djelomično potvrđuju hipotezu

ad 3. Prvi dan poslije operacije prosječna bodovna vrijednost premašuje četiri, što predstavlja stupanj jake boli, trećeg dana bol je u stupnju umjerene boli. Usporedba umanjenja stupnja boli u skupini A i B iznalazi da je značajno manji stupanj bolnosti u skupini B pokazalo da su pacijenti ocijenili bol znatno nižeg stupnja u korist uporabe kontinuirane epiduralne analgezije drugi poslijeoperacijski dan ($t = 2,655$, $p = 0,010$). Istovjetan je rezultat za iznos prosječne vrijednosti za tri poslijeoperacijska dana ($t = 2,115$, $p = 0,038$). Najvažniji osjećaji ispitivanja i procjenjivanja boli bili su osjećaj da se netko brine za mene ($n =$

35,48, 6%), osjećaj sigurnosti ($n = 29$, 40,3%), osjećaj povjerenja ($n = 26$, 36,1%), osjećaj dobrote ($n = 31$, 43,1%), nizak stupanj straha od operacijskog zahvata i boli.

Rasprava

Procjena postoperativne boli u redovitim razmacima radi poboljšanja kontrole boli iznimno je važna jer omogućuje pravodobno uvođenje metoda liječenja. Informiranje i edukacija bolesnika o stupnju, vrsti i metodama liječenja postoperativne boli iznimno je važna, posebice za svakodnevni rad medicinskih sestara. Berčić (2005) (4) navodi da poslijeoperacijska bol ima nepovoljne posljedice na fizičko i mentalno stanje bolesnika (4). Posljedice neliječene boli u ljudskom tijelu kratkoročne su i dugoročne i utječu na ishod liječenja, duljinu trajanja hospitalizacije i oporavka. Većinu informacija o kontroli boli uporabom metode kontinuirane epiduralne analgezije bolesnik dobiva od medicinske sestre na bolničkom odjelu i u anesteziološkoj ambulanti. Znatno manji opseg informacija bolesnici dobivaju od anesteziologa i kirurga. Zadovoljavajuća komunikacija između sestre, bolesnika i drugih članova zdravstvenog tima esencijalna je. Takva komunikacija omogućuje zadovoljavajuću procjenu boli, prijenos informacija, iskustava, znanja te se povećava stupanj zadovoljstva bolesnika provedenim metodama liječenja. Bolesnici koji prije operacijskog zahvata nisu dobili dovoljno informacija o metodama smanjenja stupnja boli, svoje strahove, dileme i neznanje izražavaju procjenom postoperativne boli, te je stoga zbirna ocjena veća. Prema dobivenim rezultatima vidljivo je da medicinska sestra najčešće informira bolesnike i o metodama suzbijanja i mogućnostima liječenja postoperativne boli. U istraživanju Glindvada i Jorgensona (9) iz 2007. godine verificira se da edukacija i informiranje o metodama liječenja poslijeoperacijske boli prije samoga zahvata znatno smanjuje stupanj boli u poslijeoperacijskom tijeku liječenja. Nadalje, bolesnici kod kojih je liječenje poslijeoperacijske boli provedeno uporabom epiduralne analgezije imaju viši stupanj zadovoljstva od onih koji su

liječeni uvriježenim metodama. Vrednovanje i praćenje te dokumentiranje postoperativne boli znatno je otežano zbog nedostatka uvriježenih standarda i protokola, neusklađenosti čimbenika određivanja boli na bolničkim odjelima, te tzv. uporabom „dvo-tračne analgetske terapije“. U svakodnevnom radu anesteziolog propisuje program analgezije na temperaturni list. Za razliku od anesteziologa, odjelni liječnik propisuje drukčiji protokol. Ovakva metoda uzrokuje da medicinska sestra ne zna prema kojim uputama treba postupiti i često se događaju pogreške. Opisane problematiku potrebno je rješavati na razini svih članova zdravstvenog tima, službe za koordinaciju zdravstvene njege u bolnicama te provoditi kontinuiranu edukaciju svih članova zdravstvenog tima uz naglasak na potrebu procjenjivanja stupnja postoperativne boli, uz uvođenje u medicinsku dokumentaciju čimbenika „Bol - peti vitalni znak“.

Za poboljšavanje stupnja cjelovite zdravstvene skrbi, potrebno je stalno dopunjavati kliničke smjernice i standarde suzbijanja boli, koji će biti unificirani za sve čimbenike u zdravstvenome sustavu. Iz svega spomenutog iznalazi se da je u Republici Hrvatskoj (RH) potrebno osigurati uspostavu specijaliziranih zdravstvenih službi za suzbijanje postoperativne boli te sistematizirati radno mjesto medicinskih sestara koje se isključivo bave problematikom smanjivanja stupnja boli. U današnjem svijetu informacija i razvijenog i jedinstvenog sustava dokumentiranja boli potrebno je da bol postane znanstveno verificiran čimbenik. Radi budućih istraživanja potrebno je istraživanje na velikom uzorku ispitanika, i to u srednjem i dugoročnom vremenskom tijeku.

Zaključak

Procjena stupnja boli važan je čimbenik u određivanju bolesnikovih potreba za provođenjem metoda zdravstvene njege i osnova je za samostalno provođenje metoda/postupaka medicinske sestre/tehničara. Bolesnici različito reaguju na bol i imaju različita iskustva i spoznaje o boli te je važno da medi-

cinske sestre/tehničari usvoje teorijska znanja i vještine za suzbijanje postoperativne boli i povećanje stupnja blagostanja. Medicinska sestra/tehničar mora posjedovati, i to: vještine i sposobnost promatranja i procjene stanja bolesnika, preciznost kliničke prosudbe i vještina za učinkovitu komunikaciju s bolesnicima.

Zdroje

1. JUKIČ, M. Bol. In: JUKIČ, M, MAJE RIČ, K. V., FINGER, M. Bol – uzroci i liječenje. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. s. 1–4.
2. ŠČAVNIČAR, E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr. N* 38. 2004. s. 101–111.
3. LAUZON CLABO, L. M. An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, No 61 (5). doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04550.x. s. 531–539.
4. APFELBAUM, J. L., CHEN, C., MEHTA, S. S., GAN, T. J. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be under-
5. managed. *Anesthesia and Analgesia*. No 97 (2), 2003. s. 534–40.
6. SVILENKOVIČ, V. Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika. *Diplomsko delo*. 2009. Maribor. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
7. ROTH, W., KLING, J., GOCHER, I., RUMELIN, A., HESSMANN, M. H., MEURER, A., GILLITZER, R., et al. Dissatisfaction with post-operative pain management. *Acute Pain*. No 7. 2005. s. 75–83.
8. ENE, K. W., NORDBERG, G., BERGH, I., JOHANSON, F. G., SJÖSTRÖM, B. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. 2008. *Journal of Clinical Nursing*. No 17. doi: 10.1111/j. s. 2042–2050. 1365–2702.2008.02278.x.
9. ŠTOR, Z. Vloga kirurga v lajšanju pooperacijske bolečine. V: Krčevski Skvarč N. (ur). Zbornik: Pooperacijska bolečina, 12. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor, 6. in 7. junij, 2008, Maribor. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, 2008. s. 42–47.
10. BERČIČ, I. Pomen lajšanja akutne

pooperativne bolečine. V: Nuhar Perko A. (ur). Buček Hajdarević I. (ur). Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, Rogla, 15. in 16. april, 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005. s. 6–9.

10. BARR, J, FRASER, G.L., PUNTILLO, K., et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 2013. No 41(1). s. 263–306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Kontakt na autora

Josip Božić, MSN, RN

Opća bolnica Varaždin, Odjel anesteziologije, reanimatologije i intenzivnoga liječenja,

Ivana Meštrovića bb, 42 000 Varaždin, Hrvatska

jbozic91@gmail.com



Tu může byt' Vaša
reklama

viac na
www.sksapa.sk

