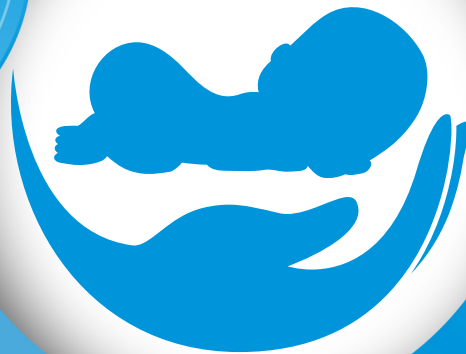


# OŠETROVATEĽSTVO A PÔRODNÁ ASISTENCIA

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

06  
2017

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](mailto: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](mailto:sksapa@sksapa.sk)  
[www.sksapa.sk](http://www.sksapa.sk)

## Kontrola textu / Text checking

PhDr. Katarína Kovalčíková

## Grafická úprava / Graphics

Ing. Peter Grejták

## Informácie / Informations

Periodicita 6 x ročne  
Predplatné na rok 2017 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](http://www.ciBaMed.sk)

## 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. 12. 2017  
Dátum vydania: 31. 12. 2017



Komora víta zvýšenie miezd sestram s vysokoškolským vzdelaním, no naďalej požaduje upraviť mzdy všetkým sestram	10
Komora vyzýva dvoch rezortných ministrov na akútne riešenie neudržateľnej situácie v zariadeniach sociálnych služieb	11
Návrh štátneho rozpočtu pre rok 2018 nedáva sestram nádej na zlepšenie súčasného neudržateľného stavu	12
Prezidentka Lazorová na Ukrajine podpísala zmluvu o spolupráci	13 - 14
Predstavujeme: Krajskí odborníci pre odbor ošetrovateľstvo	15
Kampaň „Ošetrovateľstvo teraz!“	16
Deň solidarity pacientov - „Človek v centre záujmu starostlivosti“	16
Príhovor predsedníčky odbornej Sekcie sestier pracujúcich v geriatrici	17
Výzva k riešeniu situácie	18 - 19
Inovujme svet, v ktorom slúžime!	20
Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život!	21 - 24
SENIORBOX – posol nádeje proti predčasnemu zomieraniu	25
Prvé národné ošetrovateľské štandardy uzreli svetlo sveta	26
Teambuilding v zdravotníctve potrebujeme vo zvýšených dávkach	27
Preležaniny, bremeno na pleciah sestier, alebo prevencia v SR	28 - 30
Hypodermoklýza	30 - 31
Obézny pacient a anestézia	32 - 35
Ošetrovateľská péče o mediálne známou osobnosť	36 - 38
Plánované konferencie organizované odbornými sekciami SKSaPA a spoluorganizované SKSaPA v roku 2018	39
VIII. Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou	39 - 40
VI. Celoslovenská konferencia sekcie manažmentu v ošetrovateľstve s medzinárodnou účasťou	40 - 43
Celoslovenská konferencia Sekcie sestier pracujúcich v pediatrii	43 - 44

## Supplementum Vedecká recenzovaná časť

Zvládanie záťaže u pacientov s ischemickou chorobou srdca	45 - 49
Realizácia nefarmakologickej liečby v ústavnej starostlivosti o seniorov	50 - 54
Spokojnosť geriatrických pacientov a klientov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou	55 - 59



**O krok ďalej  
pre zdravie**

PARTNERI

**PIELĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE**

*Pismo nowoczesnej pielęgniarki i położnej*



POVRCH  
BEZ UMELÝCH  
MATERIÁLOV

# Zdravá pokožka a spoľahlivá ochrana

Špeciálne vložky **MoliMed** pre pohodlie  
a istotu Vašich pacientok s ľahkou inkontinenciou

## Spoľahlivé

- Bezpečne pohltia moč i zápach
- Ideálne pre ľahký únik moču po pôrode

## Diskrétné

- Anatomicky tvarované vo variantoch

## Udržiavajú pokožku zdravú

- Jemný antibakteriálny povrch nedráždi pokožku a eliminuje až 99,9 % baktérií
- Priedušné materiály dovoľujú pokožke dýchať, preto sa nezaparuje

# Príhovor prezidentky SKSaPA

Vážené kolegyně,  
Vážení kolegovia,

máme tu koniec roka 2017 a je čas bilancovať uplynulé obdobie, a taktiež predstavovať nové plány a vízie Komory na najbližší rok 2018. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek pred rokom navrhla ministrom zdravotníctva Tomášovi Druckerovi deväť motivačných a stabilizačných opatrení. Aby bolo možné stabilizovať situáciu so sestrami v slovenskom zdravotníctve a zatraktívniť toto povolanie, v prvom rade je potrebné upraviť mzdy sestier a pôrodných asistentiek a zlepšiť ich pracovné podmienky. Komora odporučila podporovať zamestnávanie sestier, ktoré z rodinných, zdravotných, či iných dôvodov nie sú ochotné, či nemôžu pracovať na plný úväzok u zamestnávateľa flexibilnými možnosťami práce (napríklad prácu na dohodu o vykonaní práce, znížené pracovné úväzky) v súlade so Zákonníkom práce. Navrhli sme taktiež kontrolovať dodržiavanie obsadenia počtu sestier a pôrodných asistentiek na jednotlivých oddeleniach, kontrolu dodržiavania Nariadenia vlády SR 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania so zameraním aj na riadenie ošetrovateľskej praxe, zjednodušenie vedenia ošetrovateľskej dokumentácie, zavedenie kreditového príplatku v súvislosti s povinnosťou sústavného vzdelávania, či motiváciu pre štúdium odboru ošetrovateľstvo respektíve pôrodná asistencia. Jedným z našich opatrení bolo aj zadefinovanie kompetencií sestier s rozdielnym stupňom vzdelania.

Dnes som nesmierne rada, že aj vďaka úsiliu Komory ide minister zdravotníctva Tomáš Drucker konečne plniť 3 opatrenia: návrh prehodnotenia kompetencií sestier, zriadenie sestry s pokročilou praxou, či optimalizáciu špecializačných študijných programov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii.

Áno, všetci by sme si v Komore želali, aby minister splnil všetky naše návrhy. Ubezpečujem Vás, že v Komore budeme v nasledujúcom roku robiť všetko preto, aby minister zdravotníctva Tomáš Drucker prijal aj ďalšie opatrenia, aby sa sestry a pôrodné asistentky mali konečne lepšie.

Záverom mi v mene členov Rady a Prezídia Komory dovoľte čo najsrdečnejšie zaželať Vám všetko dobré do Nového roku 2018.  
Želám Vám príjemné čítanie.



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

# Editoriál

Vážení čitatelia,

*prinášame Vám posledné číslo e-časopisu Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia v tomto roku, a teda prišiel ten pravý čas, aby sme sa Vám poďakovali za Vašu dôveru a pomoc počas celého roka 2017. Náš spoločný časopis je živý, dynamický a verím, že si v ňom každý z Vás našiel tie informácie, ktoré ste pokladali za dôležité a obohacujúce.*

*Rok 2017 môžem hodnotiť z pohľadu jednotlivých čísel e-časopisu pozitívne. Všetky vydané čísla nám priniesli prehľad o činnosti SKSaPA, zahraničné správy z EFN, či iných organizácií, odbornú časť časopisu sme naplnili príspevkami autorov z oblasti praxe, vzdelávania a výskumu. Poďakovanie patrí aj predsedom Odborných sekcií SKSaPA, ktorí boli aktívni pri hľadaní nových príspevkov v určených tematických okruhoch, členom Redakčnej rady a zároveň recenzentom odborných príspevkov.*

*V budúcom roku plánujeme priniesť do časopisu menšie zmeny po obsahovej a tematickej stránke, ale aj v rámci rozvíjajúcej sa medzinárodnej spolupráce. Chceme zintenzívniť spoluprácu s Poľským časopisom „Specialist Nursing“, ktorý nás požadal o spoluprácu na tvorbe kvalitného stredoeurópskeho ošetrovateľského časopisu, ktorý bude vysoko hodnotený aj v zahraničí. Verím, že aj podporou takýchto ambícií prinesieme nové možnosti rozvoja výskumu v ošetrovatelstve na Slovensku. Zahraničnú spoluprácu plánujeme aj naďalej prehĺbovať s Ukrajinským časopisom Master of Nursing. Po obsahovej stránke sa v budúcom roku zmení všeobecná časť časopisu informujúca čitateľov o činnosti SKSaPA prostredníctvom tlačových správ. Tie sú aktuálne vydávané aj v Informačnom Bulletin SKSaPA, ktorý je bezplatne dostupný, tak ako e-časopis, pre všetkých členov SKSaPA. Keďže nie je našim zámerom informácie písať duplicitne, zameriame sa na detailnejšiu odbornú analýzu medializovaných výstupov Komory, vrátane vyjadrení a rozhovorov s odborníkmi. V odbornej časti zrušíme tematické okruhy, aby sme dali priestor aj autorom venujúcim sa inej odbornej oblasti.*

*Dovoľte mi v mene Redakčnej rady popriať Vám v Novom roku zdravie, šťastie, úspech a lásku v osobnom aj pracovnom živote. Nech sú ochota pomáhať, súdržnosť, spolupatričnosť a solidarita vlastnosťami každej sestry a pôrodnej asistentky.*



*Na záver mi dovoľte poďakovať za spoluprácu pri obsahovom naplnení odbornej časti e-časopisu predsedníčke Odbornej sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej pri SKSaPA.*

*Teším sa na spoluprácu v roku 2018.*

**PhDr. Lukáš KOBĚR, PhD.**  
*predseda redakčnej rady*

# Koncoročné príhovory

## Príhovor riaditeľa kancelárie SK SaPA

Vážené kolegyne a kolegovia.

*Ďalší pracovný rok za nami. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek sa Vám aj v tomto období snažila maximálne pomôcť pri riešení Vašich každodenných problémov týkajúcich sa výkonu povolania. V priebehu tohto roka sme okrem povinností, ktoré nám ukladá zákon plnili aj iné úlohy v prospech sesterského stavu. V roku 2017 prebehli v Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek voľby prezidenta pre volebné obdobie 2017 – 2021. Na základe týchto demokratických volieb a v súlade s platnou legislatívou sa aj naďalej „kormidla Komory“ chopila Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., ktorej sa v predošlom období podarilo úspešne zastabilizovať najväčšiu stavovskú organizáciu v zdravotníctve na Slovensku. Hlavnou úlohou kancelárie Komory v uplynulom roku bola aj úzka spolupráca s Národným centrom zdravotníckych informácií pri vydávaní Elektronických preukazov zdravotníckych pracovníkov potrebných k uvedeniu eZdravia do praxe. Za túto náročnú prácu patrí veľká vďaka všetkým zamestnancom Komory, bez ktorých pričinenia by sme túto úlohu uloženú zákonom nemohli zrealizovať. V neposlednom rade musím vyzdvihnúť aj to, že sa nám podarilo zvýšiť povedomie verejnosti o úlohách a cieľoch Komory a o práci sestier a pôrodných asistentiek. Tieto informácie odborná aj laická verejnosť získava cestou našich informačných kanálov – FB, Informačný Bulletin SK SaPA, Časopis „Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia“ a mediálnych výstupov. Ešte stále však nie sme na konci. Blížiaci sa rok chceme aj naďalej venovať práci v prospech nášho stavu a napomáhať pri plnení úloh a dosahovaní cieľov novozvoleným orgánom Komory, ktoré vzídu z volebného Snemu Komory v roku 2018.*

*Tešíme sa, že aj v roku 2018 tu budeme môcť byť pre Vás.  
Ďakujeme za Vašu dôveru.*



*PhDr. Milan LAURINC, PhD., dipl. s.  
riaditeľ kancelárie Slovenskej komory  
sestier a pôrodných asistentiek*

# Príhovor viceprezidentky SK SaPA pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach

*Milé kolegyně, milí kolegovia,*

*blíži sa koniec roka 2017, je čas na jeho zhodnotenie a rekapitulovanie. Dovoľte, aby som Vám aj v tomto čase poskytla pár informácií o činnosti odborných sekcií za rok 2017. Súčasťou Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (ďalej SKSaPA) je 17 odborných sekcií, ktoré plnia úlohy a ciele na základe Vnútrotných predpisov Komory. Boli vytvorené za účelom združovania členov Komory pre uspokojovanie profesijných a odborných záujmov.*

*Môžeme konštatovať, že rok 2017 bol bohatý na organizovanie množstva vzdelávacích aktivít. 15 odborných sekcií v rámci celoživotného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek zorganizovalo konferencie na celoslovenskej úrovni v rôznych mestách Slovenskej republiky. Štyri celoslovenské konferencie boli spojené s voľbami do výboru odbornej sekcie. Voľby do výboru sekcie boli vyhlásené do odbornej Sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek, do Sekcie sestier pracujúcich v oftalmológii, Sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej a Sekcie sestier pracujúcich v pediatrii. Voľby prebehli na základe volebnej smernice úspešne a do výboru sekcií boli zvolení navrhnutí kandidáti. Na základe najvyššieho počtu hlasov si členovia výboru sekcie určili predsedu odbornej sekcie.*

*Konferencie boli zorganizované na vysokej odbornej úrovni, obohatené veľkým množstvom odborných tém, rôznorodými prezentáciami, posterami a workshopmi. Pre sestry a pôrodné asistentky predpokladáme, že boli zaujímavé, poučné a prínosné na výkon svojho povolania a ošetrovateľskú prax.*

*O plánovaných celoslovenských konferenciách, ktoré budú organizovať odborné sekcie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek v priebehu roka 2018 Vás budeme včas informovať.*

*Predsedovia odborných sekcií sa podieľali v priebehu roka nielen na prípravách a organizovaní celoslovenských konferencií. Počas roka sa podieľali aj na rôznych iných činnostiach súvisiacich s naplnením cieľov a úloh Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Zúčastnili sa na rôznych aktivitách a podujatiach v rámci Slovenskej republiky (účasť na Sneme SKSaPA, na podujatí Biele srdce, konferencii organizovanej SKSaPA a iné), na podujatiach v zahraničí na medzinárodnej úrovni, na zasadnutiach výboru odbornej sekcie (1x – 2x ročne), zúčastnili sa tlačových konferencií, pripomienkovali legislatívu (kompetencie sestier a pôrodných asistentiek, zoznam zdravotných výkonov, návrhy k Výnosu MTPZ a ďalšie), prispievali svojimi príspevkami do Buletínu SKSaPA, e-časopisu Ošetrovateľstvo pôrodná asistancia a podieľali sa na mnohých ďalších iných činnostiach.*

*Záverom moje poďakovanie patrí všetkým predsedom odborných sekcií za dôsledne odvedenú prácu, za dobrú spoluprácu a vynikajúcu komunikáciu. Touto cestou sa chcem poďakovať Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek, všetkým členom organizačných tímov, ktorí sa podieľali pri organizovaní celoslovenských konferencií, aktívnym aj pasívnym účastníkom, sponzorom a partnerom.*



*Milí čitatelia, dovoľte mi záverom zaželať všetkým veľa zdravia, porozumenia, lásky, pracovných a osobných úspechov v Novom roku 2018.*

**PhDr. Iveta DRAHOŇOVÁ**  
viceprezidentka SK SaPA pre sestry  
pracujúce v zdravotníckych zariadeniach



# Príhovor hlavnej odborníčky MZ SR pre odbor ošetrovateľstvo

Vážené kolegyne, Vážení kolegovia,

je výborné, že sú v našom zdravotníctve aplikované nové diagnostické a liečebné metódy, postupy, ktoré pomáhajú ľuďom nielen zachraňovať životy, ale i zvyšovať kvalitu života. Náročný lekársky zákrok neprinesie želaný výsledok bez kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. A samozrejme spoluúčasti pacienta na dosiahnutí čo najlepšieho výsledku. Pacient ako zdravotnícky laik potrebuje poučenie, vysvetlenie o jeho úlohe v uzdravovacom procese, o jeho živote, denných aktivitách s uvedeným ochorením. Nemyslím strohé minútové poučenie, ale efektívnu edukáciu. A práve edukácia je doménou sestier. Ak edukáciu „vyženieme“ z ambulancií, pacient ostane edukovaný „doktorom Googlom“, čo nesie so sebou ďalšie riziká. V kontexte so starnúcou populáciou bude pribúdať nielen veľa operačných výkonov, a tým aj potreba edukácie, ale pribudnú aj polymorbídni pacienti s vyšším nárokom na zdravotno-sociálnu starostlivosť. Nový rozmer ošetrovateľstva má priniesť aj zákon o dlhodobej starostlivosti, ktorý by koncepčne riešil komplexnú zdravotno-sociálnu starostlivosť o dlhodobo chorých. Problémom nielen ošetrovateľstva, ale celej spoločnosti, je nedostatok sestier, zdravotníckych asistentov, sanitárov. Je potrebná ich stabilizácia v zdravotníckom systéme. V týchto dňoch je v legislatívnom procese návrh zmien v minimálnom personálnom obsadení pracovísk, ktorý by mal prispieť k stabilizácii ošetrovateľského personálu a zabezpečeniu personálnych podmienok pre poskytovanie kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti. Oceňujem aktivity smerujúce k zvyšovaniu právneho povedomia sestier. Vykonávanie výkonov sestrou nad rámec rozsahu praxe, teda nelegálne, je ďalší veľký problém. Neprispieva to pohľadu na ošetrovateľstvo, imidžu sestry, ale ani kvalite poskytovanej starostlivosti, ktorá ide ruka v ruku s bezpečnosťou pacienta, dostáva sestry do právnych problémov. Riešenie uvedenej problematiky je aj v pripravenom návrhu na zmenu a doplnenie vyhlášky o rozsahu praxe sestry a pôrodnej asistentky, v ktorej sa objavuje nová kategória sestry – sestra s pokročilou praxou, čo vnímam veľmi pozitívne. Podobne pozitívne vnímam návrh na úpravu (zjednodušenie) špecializačných študijných programov. Ošetrovateľstvo ako odbor sa dostalo do prvej skupiny odborov, ktoré pracujú v rámci projektu MZ SR na tvorbe celonárodných štandardných diagnostických a terapeutických postupov. Pracovná skupina odborníkov v ošetrovateľstve vytvorila zatiaľ pätnásť postupov – štandardov komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti prioritne určených pre dlhodobú starostlivosť. V rámci akčného plánu začne ich testovanie na vybraných pracoviskách a následne ich implementácia v praxi ako celonárodný stanovený štandard. To je časť činností, ktoré sa dotýkajú slovenských sestier a ošetrovateľstva. Povolanie sestry ako autonómne povolanie je chránené viacerými medzinárodnými dokumentmi, vrátane prístupových zmlúv vstupu našej krajiny do Európskej únie. Lenže sú snahy vo viacerých krajinách o „ekonomicky efektívnu sestru“, lepšie povedané „lacnú sestru“. Víтам rokovania členských štátov EÚ v Rade a Európskom parlamente o navrhovanej Smernici o proporcionálite, ktorá sa v súčasnosti stáva mimoriadnou ochranou povolania sestry, aby sa v krajinách EÚ neznižovali požiadavky na vzdelanie sestier vytvorením nových ošetrovateľských povolaní, ktoré nie sú všeobecnými sestrami, aby sa nevytvárala kategória „lacná sestra“. Podobne vnímam vyhlásenie EFN, že bude naďalej zabezpečovať, aby občania EÚ mali naďalej prístup k primerane vyškoleným a regulovaným odborníkom.

Chcem sa poďakovať všetkým sestrám i ďalším pracovníkom, ktorí sa podieľali na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti počas celého roka, hoci nie vždy mali vytvorené optimálne podmienky. Poďakovanie za neúnavnú prácu patrí Odboru ošetrovateľstva MZ SR, SKSaPA a za úzku spoluprácu krajským odborníkom pre ošetrovateľstvo.

Na záver, dovoľte, aby som Vám všetkým zaželala pokojné a radostné prežitie vianočných sviatkov a v novom roku čo najviac odhodlania a síl.



PhDr. Helena GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, dipl. s.  
hlavná odborníčka MZ SR  
pre odbor ošetrovateľstvo



## Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) je samosprávna stavovská organizácia s celoslovenskou pôsobnosťou so sídlom v Bratislave, združujúca sestry a pôrodné asistentky. Hlavnou úlohou je obhajovať profesijné, hospodárske a sociálne záujmy členov komory v zdravotníckych, sociálnych, školských a iných zariadeniach.

### Z činnosti Slovenskej Komory Sestier a Pôrodných Asistentiek

#### KOMORA VÍTA ZVÝŠENIE MIEZD SESTRÁM S VYSOKOŠKOLSKÝM VZDELANÍM, NO NAĎALEJ POŽADUJE UPRAVIŤ MZDY VŠETKÝM SESTRÁM

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek víta pozmeňujúci návrh k novele zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorým sa zvýšia mzdy sestrám s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a praxou najmenej 5 rokov, no myslí si, že takéto sestry by si zaslúžili viac. Predstavitelia komory navyše upozorňujú na to, že aby bolo možné na Slovensku stabilizovať katastrofálnu situáciu s nedostatkom sestier a pôrodných asistentiek, bude potrebné zvýšiť platy všetkým sestrám a pôrodným asistentkám.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek považuje zvýšenie miezd sestrám s vysokoškolským vzdelaním a potrebnou praxou za jeden z motivačných a stabilizačných nástrojov. „Sme radi, že sa ministerstvu zdravotníctva podarilo vytvoriť priestor pre kompetencie a odmeňovanie sestier s magisterským stupňom vzdelania, nakoľko je potrebné využiť ich potenciál pre zlepšenie starostlivosti o našich pacientov. Myslíme si však, že to bude len slabá motivácia, keďže týmto sestrám sa za vyššiu zodpovednosť zvýši plat o 40 eur,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. s tým, že zvýšenie sa bude týkať približne len 4 až 5 tisíc sestier.

Ako povedal člen Rady a Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., už viac ako 10 rokov majú sestry možnosť získavať teoretické vedomosti a praktické skúsenosti na vysokých školách a bolo by veľkou chy-

bou konečne nevyužiť tento potenciál v nadväznosti na prax a získané špecializačné vzdelanie v prospech zdravotníckeho systému a kvality poskytovanej starostlivosti pre pacientov. „Samozrejme, táto zmena je len kvapkou v mori, a nie koncepčným riešením, ktoré by malo zvýšiť počet sestier v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Nevzdali sme sa myšlienky a aj naďalej budeme požadovať od ministra zdravotníctva, aby mali sestry a pôrodné asistentky, ktoré vykonávajú svoju prácu vo verejnom záujme, garantovanú mzdu aj na základe rokov praxe, tak ako v okolitých krajinách,“ dodal člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dlhodobo upozorňuje na katastrofálnu situáciu s nedostatkom sestier a aj z dôvodu slabého ohodnotenia zo systému neustále odchádzajú sestry a nové nepriechádzajú. Aj z tohto dôvodu predstavitelia Komory ešte 20. apríla 2017 poslali žiadosť ministrovi zdravotníctva Tomášovi Druckerovi o plošné zvýšenie koeficientov pre všetky kategórie sestier, dodnes však nedostali odpoveď. „Plat pre základnú sestru by sa mal pohybovať na úrovni koeficientov 1,0 % z priemernej mzdy v národnom hospodárstve za predošlé dva roky, plat sestry s certifikátom na úrovni 1,1 %, sestry so špecializáciou na úrovni 1,2% a pre sestru s pokročilou praxou na úrovni 1,3 %. Jetotíž zložité motivovať sestry, aby zostali v zdravotníctve, ak si v obchodnom reťazci zarobia 960 eur s rôznymi benefitmi za podstatne menej zodpovednosti a fyzickej námahy,“ dodáva prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

## KOMORA VYZÝVA DVOCH REZORTNÝCH MINISTROV NA AKÚTNE RIEŠENIE NEUDRŽATEĽNEJ SITUÁCIE V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek vyzýva ministra zdravotníctva Tomáša Druckera ako aj ministra práce sociálnych vecí a rodiny Jána Richtera na akútne riešenie neudržateľnej situácie v nezdravotníckych zariadeniach. Sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb trápia nielen nízke mzdové ohodnotenie, nízky počet personálu na počet klientov, ale aj zlé pracovné podmienky a vysoké pracovné vyťaženie.

Na vedenie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek sa pravidelne obracajú sestry z nezdravotníckych zariadení s prosbou o pomoc ich neudržateľnej situácie. Najnovšie Komoru kontaktovali zdravotníci z Centra sociálnych služieb Bôrik Nitrianske Pravno s výzvou k riešeniu ich vážnej situácie. „V našom zariadení pracujú sestry s vysokoškolským vzdelaním, špecializáciou v danom odbore. Zvyšovanie kvalifikácie si vyžaduje zákon, ale už sa zabúda na finančné ohodnotenie. Odbornú činnosť zväčša vykonávajú sestry, nakoľko lekár do zariadenia chodí len dvakrát do týždňa v určené dni. Sestry robia okrem svojej odbornej práce aj prácu pomocného zdravotníckeho personálu, nakoľko je málo opatrovateliek na počet klientov. Plat za našu prácu sa blíži k minimálnej mzde 435 €. Priemerná mzda na Slovensku dosahuje odhadom 945 €. Táto suma je pre nás vidina krásneho platu, ktorý nedosahujeme ani po 20 ročnej praxi s príplatkami. Tie sú buď smiešne nízke alebo žiadne,“ uvádza sa vo výzve na riešenie situácie zdravotníckych pracovníkov CSS Bôrik Nitrianske pravno s tým, že na oddelení so 46 klientmi, ktorí majú len psychiatrické diagnózy (závislosti, schizofrénia a pod.), je sestra sama s jednou opatrovatelkou za príplatok 30 €. Sestry z okresu Prievidza sa už obrátili so žiadosťou o riešenie na Vyšší územný celok Trenčín, kde si ich posúvali medzi oddeleniami zdravotníctva a sociálnej sféry a nakoniec im povedali, že na zvyšovanie plátov nie sú prostriedky, musia byť trpezlivé, možno budú nejaké odmeny raz za rok. „Sme zo všetkého unavené, sklamané a hlavne demotivované. Nedostatok personálu, nízke mzdy, čím ďalej tým väčšie nároky na pracovné výkony, pribúda administratíva, klienti a príbuzní sú náročnejší... To všetko nás nesmierne zaťažuje. Nervozita a únava sa prejavuje aj na pracovných vzťahoch v kolektíve. Možno personálu je papierovo dostatok, ale viacero z nás je na dlhodobých práceneschopných, pretože námaha sa odrazí na pohybovom aparáte, chrbtici a znovu je nás málo. Je to začarovaný kruh. Drží nás tu len jedno, keby sme nemali túto robotu radi, tak utečieme,“ uvádza sa ďalej vo výzve zdravotníkov z Centra sociálnych služieb Bôrik Nitrianske Pravno na riešenie ich problémov.

Podľa prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Ivety Lazorovej, dipl. p. a. je situácia v nezdravotníckych zariadeniach neudržateľná a vyžaduje si urýchlené riešenie kompetentných. „Dlhodobo v Komore

upozorňujeme kompetentných na nízke mzdové ohodnotenie, nízky počet personálu na počet klientov, zlé pracovné podmienky a vysoké pracovné vyťaženie všetkých sestier na Slovensku, vrátane sestier pracujúcich v centrách sociálnych služieb. Uvedené problémy v zariadeniach sociálnych služieb sa týkajú dvoch rezortov a kompetentní by sa mali prestať vyhovárať na druhého. Za jeden stôl by si konečne mali sadnúť minister zdravotníctva Tomáš Drucker ako aj minister práce sociálnych vecí a rodiny Ján Richter, aby sa dohodli na akútnom riešení neudržateľnej situácie v nezdravotníckych zariadeniach,“ konštatovala prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a.

Na akútne riešenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb vyzvali aj účastníci XIV. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou, ktorá sa tento rok konala v Ružomberku. Ako povedala organizátorka konferencie a viceprezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek pre sestry pracujúce v nezdravotníckych zariadeniach PhDr. Margita Kosturiková, v zariadeniach sociálnych služieb je čoraz zložitejšie starať sa o chronických pacientov aj z toho dôvodu, že sestra nemôže podať liek bez predchádzajúceho rozhodnutia lekára, ktorý do zariadenia často zájde v priemere raz za týždeň. Sestra napríklad podľa platnej legislatívy nemôže bez písomnej ordinácie podať klientovi/pacientovi liek pri horúčke, od bolesti, na spanie, na močenie, na vysoký tlak a pod. Právne neobstojí ani ordinácia „podľa potreby“ a máloktorý lekár bez vyšetrenia polymorbídneho pacienta si zoberie na zodpovednosť písomnú ordináciu typu: podať liek proti horúčke nad 38,5°C, podať liek pri problémoch s močením pod napr. 500 ml/24 hodín, podať liek pri TK nad 170/100 mmHg. Telefonická konzultácia s lekárom napr. na LSPP nemá právny podklad, pretože sestra v prípade súdnych sporov v prípade poškodenia zdravia, ohrozenia života, resp. fatálnych následkov u klienta/pacienta v prípade telefonicky ordinovaného lieku nemá doklad o ordinovaní lieku lekárom. Pre sestru preto ostáva možnosť klienta/pacienta s akútnym zdravotným problémom dopraviť na LSPP, kde klient/pacient musí uhradiť poplatok 2 €, kde sa plánuje zvýšenie poplatku na 10 €. „Nastáva otázka: odkiaľ zoberú klienti/pacienti finančné prostriedky na tieto poplatky, keď mnohým neostáva ani na lieky? Ostáva ešte jedna absurdná možnosť: nechať u pacienta zhoršiť zdravotný stav do takej miery, až to bude indikované na zavolanie posádky RLP a lekár písomne uvedie svoju ordináciu. Veď nakoniec každá bolesť, horúčka môžu u krehkého polymorbídneho klienta vyvolať napr. bolesť na hrudníku, ktorá vzniká z nedostatočného prekrvenia srdcového svalu, čo je v konečnom dôsledku indikácia na výjazd posádky RLP,“ dodáva viceprezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek pre sestry pracujúce v nezdravotníckych zariadeniach PhDr. Margita Kosturiková.

## NÁVRH ŠTÁTNEHO ROZPOČTU PRE ROK 2018 NEDÁVA SESTRÁM NÁDEJ NA ZLEPŠENIE SÚČASNÉHO NEUDRŽATEĽNÉHO STAVU

Návrh štátneho rozpočtu pre rok 2018 v kapitole zdravotníctvo ani v tomto roku nie je nádejou na lepšiu budúcnosť pre sestry a pôrodné asistentky. V praxi to bude znamenať, že naďalej sa budú zhoršovať podmienky slovenských sestier a pôrodných asistentiek, ktoré sú už teraz viac ako vyťažené, čo v skutočnosti donúti ďalšie sestry k odchodu za prácou do zahraničia alebo k zmene povolania. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek za problém návrhu budúročného rozpočtu považuje aj to, že najvýraznejšie úspory sa majú dosiahnuť na úkor pacientov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek upozorňuje verejnosť, že v budúcom roku sa nielenže nebudú výraznejšie zvyšovať platy sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov (okrem 4 % rastu podľa zákona), ale nepredpokladá sa ani navýšenie ich počtu. „To znamená, že nemožno očakávať zvýšenie počtu sestier a pôrodných asistentiek, pričom stavy sestier a pôrodných asistentiek už v súčasnosti v mnohých zdravotníckych zariadeniach ústavnej starostlivosti nezodpovedajú minimálnym personálnym normatívom. Naďalej sa bude zhoršovať postavenie sestier, ktoré sú nadmerne pracovne vyťažené a vyčerpané. Zanedbateľné zlepšenie môže priniesť zvýšenie plátov sestier v nočnej smene, čo ale nevyrieši ich nedostatočný počet,“ konštatovala prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. s tým, že rovnako sa v dôsledku nedostatočného odmeňovania sestier bude urýchľovať ich odchod do iných štátov Európskej únie alebo iných oblastí národného hospodárstva, ktoré sú pre nich atraktívnejšie. Taktiež ostane nezaplatené zrejme rozšírenie kompetencií sestier a pôrodných, ktoré je evidentnou sociálnou nespravodlivosťou.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek ďalej poukazuje na skutočnosť, že naďalej má pokračovať realizácia úsporných opatrení, ktoré môžu rezultovať v znížení kvality a kvantity poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Napríklad zníženie nákladov zlepšením revíznjej činnos-

ti má ušetriť až 25 mil. eur. Prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. zdôrazňuje, že revíznja činnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovne však u Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti už v súčasnosti atakuje hranice zákonnosti, kedy sú neuhrádzané veľké počty tzv. nadlimitných výkonov a tieto sú ešte dodatočne znižované revíznou činnosťou, často v rozpore so zákonom pre formálne nedostatky, malichernosti. Poskytovatelia preto budú nútení upustiť od ošetrovania pacientov nad výšku uhrádzaných limitov, čo bude mať dopad na kvalitu a dostupnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Znižovať sa majú náklady na ŠZM (predpokladaná úspora 35 mil. eur), ktorého už v súčasnosti v niektorých zariadeniach ústavnej starostlivosti nie je dostatok. Pacient môže pociťiť znižovanie nákladov na individuálne zdravotnícke pomôcky (v rozsahu až 15 mil. eur).

Člen Rady a Prezídia SK SaPA PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. ďalej poukazuje na skutočnosť, že mierne zvýšenie rozpočtu je opäť na úkor ekonomicky aktívnych poistencov, od ktorých v budúcom roku vyberie o 329 105 000 € viac ako v tomto roku. Na druhej strane štát opäť šetrí na výdavkovej strane za svojich poistencov, vzhľadom na to, že oproti minulému roku zvyšuje tento príspevok len o 15 572 145 €. A pritom sa napriek avizovaným reformám štátnej správy očakáva nárast 12 000 štátnych úradníkov. „Možno je to práve preto, že opakovaným pravidlom sa stáva, že štát sa na konci každého roka tvári veľkoryso a dofinancuje zdravotníctvo zvýšeným odvodom za poistencov štátu. Koncepčnejšie by však bolo myslieť na zvýšené percento za svojich poistencov už pri plánovaní rozpočtu,“ povedal PhDr. Milan Laurinc, PhD. dipl. s., ktorý očakáva, že zvýšenie rozpočtu v oblasti zdravotníctva sa odzrkadlí aj v úprave miezd sestier v súvislosti s deklarovaným zvýšením kompetencií sestier a projektom zásluhovosti, ktoré patrí medzi ciele ministra zdravotníctva Tomáša Druckera.

SK SAaPA za negatívum považuje tiež fakt, že výkonnosť slovenského zdravotníctva je podľa hodnotenia OECD nízka

a neprijímajú sa žiadne systémové opatrenia pre zlepšenie. Skutočne efektívne opatrenia, ktoré sú spôsobilé zlepšiť hospodárenie v zdravotníctve ako DRG alebo E-health prítom podľa PhDr. Milana Laurinca, PhD. meškajú. Návrhy opatrení, ktoré majú zlepšovať hospodárenie rezortu sú pritom často všeobecné vzhľadom k absencii potrebných informačných a finančných systémov, a ako sa potvrdilo aj v roku 2017, nedostatočné (úspora sa nateraz nenaplnila). Svoj odraz v návrhu rozpočtu na rok 2018 pritom nenachádzajú opatrenia uskutočňované MZ SR v roku 2017 ako napríklad vytvorenie dozorných rád alebo kolektívnych orgánov riadenia nemocníc a VŠZP, ktoré nemajú priniesť žiadnu úsporu. Zvýšenie príjmov sa navyše neprejaví ani v zlepšení prístrojového vybavenia nemocníc a stavu budov (náklady zostávajú cca na úrovni roku 2017). Predstavitelia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek ďalej upozorňujú verejnosť, že Slovensko dáva na zdravotníctvo len 7 % z hrubého domáceho produktu, pričom v krajinách OECD je priemer 9,0 % HDP. „Na zdravotníctvo dávame menej ako Česi, Íri, či občania Dánska. Ak by sa celkové výdavky na zdravotníctvo z HDP na Slovensku pohybovali aspoň na úrovni Česka, čo je 7,5 % HDP, zdravotníctvo by sa prestalo zadlžovať a prinieslo by to finančné zdroje na potrebné zmeny a rozvoj. Z takéhoto rozpočtu by sa mali možnosť rozvíjať naše nemocnice a ambulancie, ktoré by vedeli nielen nakupovať špičkovú techniku, ale aj vzdelávať svojich zdravotníkov, udržiavať budovy a zariadenie v dobrom stave, vytvárať príjemné prostredie pre pacientov a v neposlednom rade zaplatiť kvalitných odborníkov, ktorí budú spokojní s pracovným prostredím,“ odkazuje ministrovi zdravotníctva Tomášovi Druckerovi a ministrovi financií Petrovi Kažimírovi prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. s tým, že výkonnosť slovenského zdravotníctva je podľa expertov nízka a bez dostatočného balíka finančných prostriedkov sa ju asi ťažko podarí oživiť.



# Všetky aktuálne informácie z činnosti SKSaPA nájde každý člen v Informačnom Bulletine

## PREZIDENTKA LAZOROVÁ NA UKRAJINE PODPÍSAVA ZMLUVU O SPOLUPRÁCI

Prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a. sa v dňoch 19. – 20. októbra 2017 zúčastnila na medzinárodnom vedeckom sympóziu v ukrajinskom meste Zhytomyr, kde podpísala dohodu o spolupráci medzi SK SaPA a Inštitútom ošetrovateľstva v Zhytomyre. Dohoda sa bude zameriavať na podporu vedy, výskumu a spolupráce pri organizácii odborných podujatí.

Medzinárodné vedecké sympóziu „Higher education in nursing: challenges and prospects“, organizoval Inštitút ošetrovateľstva v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva Ukrajiny, Regionálnym úradom verejného zdravotníctva v Zhytomyre, Univerzitou v Rzeszowe, Fakultou zdravotníckych odborov Palackého univerzity v Olomouci, časopisom pre nelekárskych zdravotníckych pracovníkov Profese online, časopisom SKSaPA Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, časopisom Nursing Specialist, Vyššou školou technickou Bronislawa Markiewicza v Jaroslaw a Vyššou školou zdravotníckych odborov v Zyrardowe.

Hlavnými tematickými okruhmi sympózia boli témy ako: aktuálne otázky rozvoja medicínskeho vzdelávania na Ukrajine, odborná príprava študentov v rámci kreditného systému, zvláštnosti vzdelávania mládeže na lekárskejších a pedagogických univerzitách a inštitúciách, skúsenosti s vykonávaním vyššej odbornej prípravy postgraduálnych sestier, informačné technológie v ošetrovateľstve, verejné zdravie, ekonomika a marketing v oblasti verejného zdravia, reformy v ošetrovateľstve, manažment v ošetrovateľstve, ošetrovateľské zákony a predpisy, klinická a polykultúrna ošetrovateľská starostlivosť a ošetrovateľstvo v spoločnosti.

Prvé kontakty s ukrajinskými sestrami prebehli na Slovensku počas posledných dvoch ročníkov Celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia v procese zmien, kde bola pozvaná doc. Natalia Shygonska, PhD. z Inštitútu ošetrovateľstva v Zhytomyre. V tomto roku sa druhého ročníka konferencie zúčastnila prorektorka doc. Svetlana Gordiichuk, PhD. z toho istého inštitútu. Na základe osobných stretnutí a snahe a ochote pomôcť rozvíjajúcemu sa Ukrajinskému ošetrovateľstvu, sme v tomto roku prijali pozvanie z ukrajinskej strany.

Odboru zdravotníctva Zhytomyrskej štátnej oblasti Olexandr Suslyk, riaditeľ komisie verejného zdravotníctva v Zhytomyrskej regionálnej rade Yevgenii Zhabokritskii, zástupca riaditeľa Ústavu ošetrovateľstva a zdravotníckych vied na univerzite v Rzeszowe Malgorzata Marc, a prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a.,

Významným aktom na úvod sympózia bolo podpísanie dohody o spolupráci medzi SK SaPA, zastúpenou Mgr. Ivetou Lazorovou, dipl. p. a. a Inštitútom ošetrovateľstva v Zhytomyre, ktorý zastupoval prof. Viktor



Podpis dohody o spolupráci medzi SKSaPA a Inštitútom ošetrovateľstva v Zhytomyre. Na fotografii Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a. a prof. Viktor Shatylo. Zdroj: <http://zhitomir.today/>

Sympóziu, ktorého sa zúčastnilo viac ako 300 účastníkov zo všetkých regiónov Ukrajiny, vrátane zahraničných hostí zo Slovenska a Poľska, otvoril rektor Inštitútu ošetrovateľstva v Zhytomyre prof. Viktor Shatylo. S úvodnými príhovormi vystúpili: riaditeľka vzdelávania na Ministerstve zdravotníctva Ukrajiny Tatiana Chernyshenko, riaditeľ

Shatylo. Predmetom dohody o spolupráci je podpora vedy, výskumu, spolupráca pri organizácii odborných podujatí a publikačná činnosť v odborných periodikách vydávaných oboma stranami.

Po slávnostnom podpise dohody o spolupráci nasledovali odborné prezentácie pozvaných hostí. Prezidentka SK SaPA

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a prezentovala tému „Aktivity SK SaPA v súvislosti so vzdelávaním a kompetenciami sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku“, po-

ošetrovateľstva v oblasti vzdelávania a výskumu. Mgr. Bc. Vladimír Siska zamerl tému svojej prezentácie na kompetencie sestier pracujúcich v urgentnej zdravotnej

**Veľké poďakovanie patrí doc. Natalii Shygonskej, PhD., ktorá bola našim sprievodcom počas celej konferencie.**



„Návšteva nemocnice v Zhytomyr“

ukázala na významnú úlohu Komory v riešení problémov sestier a pôrodných asistentiek na úrovni ministerstva, a to návrhmi a pripomienkovaním legislatívnych zmien, spoluprácou na projektoch ministerstva alebo v rámci medzinárodných partnerstiev, ako je členstvo v EFN. PhDr. Lukáš Kober, PhD. sa zamerl na problematiku vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku a poukázal na nutnosť implementácie Smerníc EÚ do legislatívy na Ukrajine, čo je zásadný krok k rozvoju

starostlivosti a na operačných strediskách záchranej zdravotnej služby.

Počas druhého dňa sympózia boli zástupcovia SK SaPA pozvaní riaditeľom nemocnice v Zhytomyre Bogdanom Leskivom a hlavnou sestrou Svitlanou Tevs na návštevu hemodialyzačného oddelenia a oddelenia pre liečbu ochorení štítnej žľazy, kde sú hospitalizovaní pacienti, ktorí trpia následkami výbuchu atómovej elektrárne Černobyľ.

Cieľom účasti na tejto vzdelávacej aktivite, ktorá sa radí medzi najväčšie na Ukrajine, bolo získať nové partnerstvá, diskutovať o témach a problémoch ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie na Slovensku v kontexte so stavom odboru na Ukrajine. Ukrajinské ošetrovateľstvo a zdravotnícky systém sa borí vo veľkých problémoch. Zle nastavený systém poskytovania starostlivosti je zrkadlom zlého postavenia celej spoločnosti. Hlavnými problémami sú korupcia, nedostatok zdravotníckeho personálu (počet sestier na 45 mil. obyvateľov je 246 295 tis. sestier), preťaženosťou sestier (na jednu sestru pripadá 35 – 40 pacientov v 24 hodinových službách), nedostupnosť zdravotnej starostlivosti v odľahlých regionálnych oblastiach, nefunkčný systém plošného zdravotného poistenia, ktoré by zabezpečilo populácii dostupnú a bezplatnú zdravotnú starostlivosť a v neposlednom rade nefunkčné stavovské organizácie, ktoré si plnia iné úlohy, alebo nepochopili svoje dôležité postavenie v systéme zdravotnej starostlivosti. Aj napriek veľkým problémom, nedostatočným alebo minimálnym procesom zmien po roku 1989, ktoré sme u nás už dokázali realizovať, si zaslúžia sestry na Ukrajine našu pozornosť a pomoc. Pomoc krajine, ktorú takmer nepoznáme a pritom je našim priamym susedom. Ošetrovateľstvo bez hraníc musí byť aj solidárne.

Proces zmien v ošetrovateľstve sme na Slovensku začali bez pomoci západných ošetrovateľských organizácií. K nám nik neprišiel a neodovzdal nám svoje skúsenosti. My ich ale môžeme odovzdať našim kolegyniam a kolegom na Ukrajine. Bezpochyby ju prijmu s pokorou a vďakou.

*Vážení kolegovia a priatelia,*

*Zázrak Vianoc prináša každému z nás dary pokoja, radosti, šťastia a lásky. Naša spolupráca v uplynulých rokoch a hlavne v roku 2017 bola jednou z najlepších momentov našej spoločnej práce a priateľstva. Rastúca spolupráca výrazne prispieva k posilneniu nášho partnerstva a hľadaniu nových perspektív medzi Ukrajinou a Slovenskou republikou pri rozvoji ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie v oboch krajinách.*

*Nech Vám dá nasledujúci rok silu, požehnanie a naplnenie všetkých nádejí a želaní. Tešíme sa na spoluprácu s Vami v nasledujúcich rokoch.*

*Veselé Vianoce a šťastný nový rok*

*Posielam pozdravy z Ukrajiny  
Assoc. prof. Natalia Shygonska, PhD*



# PREDSTAVUJEME ...

## KRAJSKÍ ODBORNÍCI PRE ODBOR OŠETROVATEĽSTVO

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti menuje hlavných a krajských odborníkov pre jednotlivé zdravotnícke odbory.

Ošetrovateľstvo ako samostatný odbor má okrem hlavného odborníka MZ SR aj krajských odborníkov MZ SR pre jednotlivé samosprávne kraje za predpokladu, že hlavný odborník zväží potrebu vymenovania krajského odborníka.

Hlavní odborníci a krajskí odborníci sú poradným orgánom ministra zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorí **spolupracujú** s ministerstvom pri odbornom usmerňovaní poskytovania zdravotnej starostlivosti a pri odbornom-metodickom vedení zdravotnej starostlivosti v príslušnom odbore, pričom plnia najmä tieto úlohy:

- podieľajú sa na vypracúvaní návrhov a na realizácii hlavných smerov rozvoja v príslušnom odbore,
- podieľajú sa na vypracúvaní podkladov na prebratie príslušných legislatívnych noriem Európskej únie do legislatívy Slovenskej republiky,
- podieľajú sa na riešení a plnení úloh vyplývajúcich z odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie, Rady Európy a iných medzinárodných inštitúcií,
- podieľajú sa na určovaní trendov vo svojom odbore,
- sú zodpovední za vypracovanie a sledovanie optimálnej siete starostlivosti v odbore a poskytovanie starostlivosti v tejto sieti,
- podieľajú sa na kontrole plnenia špecifických úloh na danom úseku zdravotnej starostlivosti - písomne informujú ministerstvo o závažných nedostatkoch a o problémoch svojho odboru, vrátane návrhov na prijatie potrebných opatrení,

- zúčastňujú sa na tvorbe štandardných diagnostických a terapeutických postupov v príslušnom odbore, zúčastňujú sa na práci odborných komisií a pracovných skupín ministerstva,
- spolupracujú s ministerstvom pri príprave všeobecných právnych predpisov a legislatívnych noriem v zdravotníctve,
- spolupracujú s ministerstvom pri príprave zdravotníckych pracovníkov na výkon zdravotníckeho povolania a pri ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov (špecializačné štúdium, certifikačná príprava, sústavné vzdelávanie).

Krajskí odborníci úzko spolupracujú s úsekom zdravotníctva príslušného samosprávneho kraja a priamo so sestrou samosprávneho kraja a príslušnými regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva.

Hlavní odborníci a krajskí odborníci sú oprávnení:

- podieľať sa na odbornom usmerňovaní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- uplatňovať odborné postupy a metódy činnosti vo svojom odbore v súlade so súčasnými poznatkami,
- vyžadovať od pracovníkov zdravotníckych zariadení a pracovísk odboru správy, informácie, vyjadrenia alebo vysvetlenia, ak je to potrebné pre riadne plnenie riadiacich a kontrolných úloh,
- podieľať sa na kontrole úrovne starostlivosti v príslušnom odbore,
- na základe písomného poverenia ministerstvom zúčastňovať sa na kontrolnej činnosti zdravotníckych zariadení, najmä v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a podávať ministerstvu návrhy na odstránenie zistených nedostatkov (Štátut hlavných a krajských odborníkov, Čiastka 56-57 Vestník MZ SR 2009 Strana 411- 415).

### Kontakty na krajských odborníkov pre odbor ošetrovateľstvo

PhDr. Marta Gažiová  
[marta.gazi@gmail.com](mailto:marta.gazi@gmail.com)  
Bratislavský samosprávny kraj

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.  
[j.boronova@gmail.com](mailto:j.boronova@gmail.com)  
Trnavský samosprávny kraj

PhDr. Andrea Bratová, PhD.  
[abratova@gmail.com](mailto:abratova@gmail.com)  
Nitriansky samosprávny kraj

Mgr. Viera Janovská  
[vierajanovska63@gmail.com](mailto:vierajanovska63@gmail.com)  
Trenčiansky samosprávny kraj

PhDr. Anna Bullová  
[bullova@unm.sk](mailto:bullova@unm.sk)  
Žilinský samosprávny kraj

Mgr. Elena Červeňáková, dipl.s.  
[elenacer@centrum.sk](mailto:elenacer@centrum.sk)  
Košický samosprávny kraj

Mgr. Marianna Kličová  
[klicova@osetrovatelecentrumhe.sk](mailto:klicova@osetrovatelecentrumhe.sk)  
Prešovský samosprávny kraj

Viac aj na:  
<http://www.health.gov.sk/?hlavni-odbornici>

Funkciu krajských odborníkov vykonávajú vybraní odborníci spĺňajúci kritériá vysokej etickej a odbornej úrovne práce a spôsobilosti na vykonávanie organizačnej činnosti a sú bezúhonní. Funkcia krajských odborníkov je nezastupiteľná. Cez uvedené e-mailové adresy je možná komunikácia, podávanie podnetov a návrhov, prípadne kladenie otázok.

*PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.*  
hlavná odborníčka MZ SR  
pre odbor ošetrovateľstvo  
[helenagondar@centrum.sk](mailto:helenagondar@centrum.sk)

# Správy zo zahraničných partnerských organizácií

## Messages from the foreign partner organizations

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](mailto:efn@efn.be)  
Web [www.efnweb.org](http://www.efnweb.org)  
Registration Number  
NG00476.356.013

*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.*

## KAMPAŇ „OŠETROVATEĽSTVO TERAZ!“

Ošetrovateľstvo teraz! je kampaň zameraná na zvyšovanie postavenia a profilu ošetrovateľstva v celosvetovom meradle a na maximalizáciu príspevku ošetrovateľskej starostlivosti k celkovému zdravotnému pokrytiu, posilneniu postavenia žien a hospodárskemu rozvoju. Pod vedením lorda Crispa, Ošetrovateľstva teraz! bude globálna kampaň vychádzajúca z jedinečnej pozície sestier ako zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú v centre každého zdravotníckeho systému, poskytujú kontinuitu starostlivosti o svojich pacientov a sú súčasťou ich miestnej komunity. Cieľom kampane je zvýšiť postavenie a profil ošetrovateľstva na celom svete, aby mohlo ešte viac prispieť k zlepšeniu zdravia a blahobytu. Kampaň sa začne začiatkom roka 2018 a zdravotnícka starostlivosť sa stane ústredným bodom zdravotnej politiky a zabezpečí, aby sestry mohli plne využívať svoje zručnosti, vzdelanie a odbornú prípravu. Svetová zdravotnícka organizácia, ženy Spojených národov a iné organizácie zabezpečia, aby sa jej aktivity viazali na stratégiu globálnej pracovnej sily v oblasti zdravia a na päťročný akčný plán Komisie o zamestnanosti a hospodárskom raste v oblasti zdravotníctva, okrem iných globálnych stratégií.

## DEŇ SOLIDARITY PACIENTOV - „ČLOVEK V CENTRE ZÁUJMU STAROSTLIVOSTI“

EFN je odhodlaná podporovať a obhajovať stratégie a politiky, ktoré posilnia postavenie pacienta ako človeka v centre záujmu starostlivosti, pričom pacienti sú považovaní za osoby, ktoré sú viac ako ich choroba. Posilnenie pacientov umožňuje pacientom a odborníkom pracovať v partnerstve a sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri riešení nesplnených potrieb.

Posilnenie pacientov je základnou podmienkou na podporu lepšej kvality starostlivosti, zvýšenie bezpečnosti pacientov a zásadného konceptu modernizácie systémov zdravotnej starostlivosti v EÚ. Sestry prostredníctvom pravidelného nepretržitého kontaktu s pacientmi, primeranej podpory a koučingu v oblasti zdravia môžu významne prispieť k systematickému rozvoju posilnenia postavenia pacientov, pretože sú súčasťou kultúry systémov zdravotnej starostlivosti založených na hodnotách.

Na dosiahnutie kultúry posilnenia postavenia pacientov sa členovia EFN domnievajú, že je potrebné:

- Optimalizovať starostlivosť pacientov prostredníctvom spoločného rozhodovania;
- Posilniť postavenie pacientov ústredným prvkom budúcich európskych právnych predpisov v oblasti zdravia;
- Rozvíjať mechanizmy na posilnenie postavenia pacientov zamerané na trans-európske normy;
- Zahnúť posilnenie postavenia pacientov v rámci európskych vzdelávacích rámcov pre zdravotníckych pracovníkov.
- Posilnenie pacientov musí byť kultúrou v rámci systémov zdravotnej starostlivosti založených na hodnotách, ktoré sa majú zaviesť s podporou posilnenej ošetrovateľskej pracovnej sily!

Preklad tlačových správ: Lukáš Kober, Jana Slováková  
Zdroj: Tlačové správy EFN, <http://www.efn.be/>



## PRÍHOVOR PREDSEDNÍČKY ODBORNEJ SEKcie SESTIER PRACUJÚCICH V GERIATRII

Vývoj v technológiách a pokrok v liečbe chronických ochorení spôsobil, že sa ľudstvo dožíva vyššieho veku, čo má dopad na zmenu vekových štruktúr obyvateľstva. V neposlednom rade demografické ukazovatele predpovedajú starnutie spoločnosti, čo je v súčasnosti celosvetovým fenoménom a záujmom. Čoraz častejšie sa diskutovanou témou stáva starostlivosť o seniorov a ich kvalita života. Potreby seniorov odražajúce dimenziu staroby akoby však ostali visieť v éteri a starý človek je tak často konfrontovaný so súčasným komplikovaným systémom starostlivosti. Ak chceme zachovať ich kvalitu života, je nanajvýš potrebné nastaviť poskytovanie starostlivosti a služieb tak, aby boli v harmónii práve s týmito potrebami. Preto v súčasnosti môžem s potešením skonštatovať, že zmeny na úrovni prepojenia a kontinuity zdravotno – sociálnej starostlivosti sa začínajú diať a práve ošetrovateľsko-sesterský faktor sa na týchto zmenách výrazne podieľa. MZ SR v spolupráci so zdravotnícko- ošetrovateľským tímom pripravuje zákon o dlhodobej starostlivosti, pripravujú sa štandardy

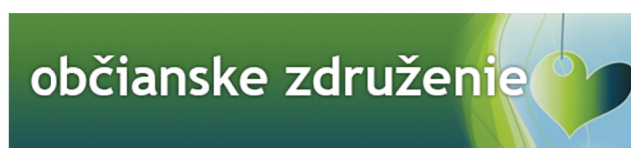


dlhodobej starostlivosti, a zároveň si uvedomuje ten široký potenciál, ktorý sestry môžu v plnej miere poskytnúť ( a aj poskytujú) v starostlivosti o chronicky chorých. Keďže starý človek svoje obdobie najradšej dožíva doma, medzi svojimi blízkymi, výbor Sekcie sestier pracujúcich v geriiatrii starostlivo monitoruje situáciu nielen na úrovni Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti, Zariadení pre seniorov, Geriatrických oddelení, ale samozrejme aj Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Takýmto zásadným témam venovala pozornosť VIII. Ce-

loslovenská konferencia geriatrických sestier, ktorá sa konala v príjemnom prostredí Tatralandie, tak symbolicky v mesiaci úcty k starším, 13.-14. októbra 2017. Niektoré príspevky priamo z nej sú uverejnené priamo v časopise a ja autorom a spoluautorom srdečne ďakujem. V súvislosti s konferenciou by som sa chcela zo srdca poďakovať všetkým zainteresovaným, organizačnému, odbornému výboru, ako aj firmám, pretože bez ich pomoci a spolupráce by sa takéto podujatie nemohlo uskutočniť. V neposlednom rade by som samozrejme chcela poďakovať všetkým Vám, ktorí sa každodenne staráte o našich krehkých pacientov, pretože je to vskutku neľahká práca, a tak prispievate k tomu, aby ich život bol krajší a jednoduchší. Keďže sa blížia vianočné sviatky, prajem Vám, aby ste ich prežili v láske, pohode a pokoji a čo najviac v kruhu svojich najbližších a do Nového roka veľa zdravia, sil, osobných a pracovných úspechov.

Mgr. Denisa Šarkoziová  
predsedníčka sekcie sestier  
pracujúcich v geriiatrii

## PREČO BYŤ ČLENOM V SK SaPA?



# Zdravotníckí pracovníci CSS Bôrik Nitrianske Pravno

## Výzva k riešeniu situácie

Obraciame sa na Vás ako na vyššiu inštitúciu so žiadosťou o pomoc. Pracujeme ako sestry, zdravotníckí asistenti, sanitárky a opatrovatelky v zariadení sociálnych služieb CSS Bôrik Nitrianske Pravno. Niektoré z nás pracujú v tomto zariadení viac ako 20 rokov, teda skoro celý produktívny vek sme darovali zariadeniu. Častokrát si povzdychneme, že keby sme túto robotu nemali rady, určite by sme tu nepracovali. Prečo? Na túto otázku je niekoľko odpovedí:

1. nízke mzdové ohodnotenie,
2. nízky počet personálu na počet klientov,
3. zlé pracovné podmienky,
4. vysoké pracovné vyťaženie.

V našom zariadení pracujú sestry s vysokoškolským vzdelaním, špecializáciou v danom odbore. Zvyšovanie kvalifikácie si vyžaduje zákon, ale už sa zabúda na finančné ohodnotenie. Odbornú činnosť zväčša vykonávajú sestry, nakoľko lekár do zariadenia chodí len 2x do týždňa v určené dni. Zhodnotenie zdravotného stavu klienta je na odbornosti, zručnosti a praxi sestry, či zvládne danú situáciu, alebo musí privolať RZP, LSPP. Sestry robia okrem svojej odbornej práce aj prácu pomocného zdravotníckeho personálu, nakoľko je málo opatrovateliek na počet klientov. Plat za našu prácu sa blíži k minimálnej mzde 435€. Priemerná mzda na Slovensku dosahuje odhadom 945€. Táto suma je pre nás vidina krásneho platu, ktorý nedosahujeme ani po 20 ročnej praxi s príplatkami. Tie sú buď smiešne nízke alebo žiadne.

Na oddelení so 46 klientmi, ktorí majú len psychiatrické diagnózy (závislosti, schizofrénia a pod.), je sestra sama s jednou opatrovatelkou za príplatok 30 €. Platová tabuľka končí po 32. rokoch a veková hranica odchodu do dôchodku sa neustále posúva. Kto z kompetentných sa týmto zaoberá? Kde sa otočíte, každý hovorí o tom, aká je sestra potrebná, nenahraditeľná, naša práca osožná, neocenená, ale aj nedocenená. Keď sme sa obrátili na Odbor zdravotníctva so svojimi otázkami, dostali sme odpoveď, že patríme do sociálnej sféry. Keď sa upravujú platy tam, tak odpoveď znie, že patríme pod zdravotníctvo. Kde nás teda zaradiť? Alebo sestra pracujúca v zariadení sociálnych služieb potrebuje zvlášť zaradenie? Patríme pod VÚC Trenčín, ale aj tam nám odkázali, že na zvyšovanie platov nie sú prostriedky, musíme byť trpezlivé, možno nejaké odmeny raz za rok...Ale aj trpezlivosť má svoje medze. Akú máme mať motiváciu? Pracujeme tu sestry, ktoré sme absolvovali vzdelanie na Strednej zdravotnej škole. Tieto inštitúcie vychovávali a posielali do života a praxe sestry na vysokej odbornej úrovni. Boli sme tu pre pacienta a teraz je naša práca o čom? o papierovaní, papieri, papieri...

Sme nútené vzdelávať sa v odboroch, ktoré sme prv nepotrebovali, ale legislatíva si to vyžaduje. Žiada sa od nás veľa papierovania a pacient/klient je až na druhom mieste. Tým, že pribúda administratívy, nezostáva nám toľko času na klienta. Nestačí to, čo urobíme, ale či je to na papieri a nie na jednom. Pred kým sa musíme obhajovať? Naše zrkadlo spokojnosti by mal byť klient. V zariadení na jednu sestru zostáva v dennej službe v priemere 46 klientov. Robíme to z rýchlika...

Ako to na 100% zvládnuť? Od raňajok, cez podanie liekov, preväzy, aplikácie injekcii, kožnej terapie, obed, ordinácie... Veď sme zodpovedné za živú ľudskú bytosť, človeka, ktorý sa spolieha len na jej odbornosť, opateru a starostlivosť. Robíme v nepretržitej prevádzke a pociťujeme to na zdraví a výkonnosti. Sme zo všetkého unavené, sklamané a hlavne demotivované. Nedostatok personálu, nízke mzdy, čím ďalej tým väčšie nároky na pracovné výkony, pribúda administratíva, klienti a príbuzní sú náročnejší... To všetko nás nesmierne zatažuje. Nervozita a únava sa prejavuje aj na pracovných vzťahoch v kolektíve. Možno personálu je papierovo dostatok, ale viacero z nás je na dlhodobých PN, pretože námaha sa odrazí na pohybovom aparáte, chrbtici a znovu je nás málo. Je to začarovaný kruh. Drží nás tu len jedno, keby sme nemali túto robotu radi, tak utečieme.

Sanitárky a opatrovateľky sa starajú o 15 - 40 klientov, závisí to od oddelenia, kde pracujú. Každé oddelenie je náročné na fyzickú kondíciu. Sú tu klienti ležiaci, imobilní alebo čiastočne imobilní. Postihnutie, keď nie je telesné, tak mentálne, a to je v niektorých prípadoch ešte náročnejšie. Každý klient si vyžaduje individuálny prístup, pretože veková hranica klientov v zariadeniach sa znižuje.

Zamyslel sa niekto nad tým, koľko musia sestry, opatrovateľky zdvíhať, koľko váži bezvládne telo? Bez pomôcok a dostatočného počtu pracovníkov to ťažko zvládnuť. Ale klienti musia byť napriek tomu opatrení, okúpaní a hlavne bez preležanín, lebo to je dôležitá podmienka kvality starostlivosti

Naša práca je náročná aj v nočných službách, kedy na jednu sestru v priemere pripadne 100 klientov s psychiatrickou diagnózou. Nedokáže sa plne sústrediť na prácu a trpí psychika personálu. Na psychiatrickom oddelení to nie je len o ošetrovaní, ale aj o tom, že sestra je v ohrození života. Nie vždy dokážete vyhovieť požiadavkám psychiatrických klientov a neviete, ako na to zareaguje. Zdravotné stavy klientov sú vážne, diagnózy stále ťažšie, treba zvýšiť počet pracovníkov v zariadeniach, nájsť cestu, ako to dosiahnuť!

Veľakrát už klient nemá nikoho a zostali sme tu len MY - ako rodina, deti, sme tí, čo radia, počúvajú, pomáhajú, utešujú, usmernia, nakrmiť, učešú, pomastia a utrú slzy...A znovu je tu odpoveď: Keby sme túto robotu nemali rady...

Odísť! aj to veľakrát počujeme, veď keď sa nám nepáči, choď inde. Máme rodiny, musíme sa o ne postarať. Vieme, že takéto problémy sú v celej sociálnej sfére. O to naliehavejšie a potrebnéjšie je situáciu riešiť čím skôr. Je na čase, aby sa kompetentní začali zaoberať touto problematikou. Vekový priemer zdravotníkov pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb je vysoký, treba hľadať riešenie, kto bude túto prácu robiť po nás? Mladých ľudí na túto prácu nepribúda, nemajú motiváciu a my ju strácame tiež. Na mieste je otázka, kto sa bude starať o nás a o vás? Za tento plat a v takýchto podmienkach - NIKTO!

Prosíme a zároveň vyzývame kompetentných na Ministerstvách, príslušných stavovských organizáciách naliehave riešiť problémy, aby tu bol niekto po nás, kto bude mať motiváciu a chuť pracovať v sociálnej sfére, ale hlavne aby sme tú motiváciu mali MY. Zaslúžime si za našu prácu adekvátne finančné ohodnotenie.

Ďakujeme

Zdravotnícki pracovníci pracujúci v sociálnych zariadeniach

Výzva bola adresovaná VÚC, Ministerstvu zdravotníctva a Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny



Celý svet sa vyvíja. Dramaticky, neuveriteľnou rýchlosťou. Nestačíme registrovať startupy, nové aplikácie, inovácie, ktoré nám uľahčujú, spríjemňujú život. Každý deň vďaka nekonečnému, tvorivému ľudskému potenciálu pribúdajú fascinujúce prvky bezpečnosti, možnosti lepšej komunikácie, zlepšenia životného štýlu...

Akoby sa svet pre-

menil na kuchyňu plnú šikovných, nadšených kuchárov, ktorí neprestávajú vymýšľať, tvoriť, porovnávať, inšpirovať sa, čarovat'...

Je to dojmavé a krásne, ak ľudia rastú a technológie sa vyvíjajú a skepsa je len zlá burina, ktorej dobré nápady nedajú poprastať záhon chutných plodov. Tento zázrak vývoja sa koná vždy, ak sa stretne vzdelanie, múdrosť, zanietenosť, ale i podmienky tvorit'.

Pri preberaní ocenenia Via Bona Slovakia pre humenské Ošetrovateľské centrum, v ktorom sme pred rokmi vybudovali prvý dom ošetrovateľskej starostlivosti, som sa stretla s naliehavou prosbou úspešného podnikateľa: „Neprestávajú takto pracovať, vyvíjajte, inovujte .... Potrebujeme Vás, všetci ...“ Chcela by som túto absolútne oprávnenú požiadavku tlmočiť všetkým sestram. Za naše kormidlo sa nemôže a nedokáže postaviť hoci kto. Musíme byť najmenej takými dobrými kuchármi, ako sú tí auto-moto-eko-techno-informačno-komunikačno a iní úspešní vývojári. My predsa pracujeme na miestach, kde ide o veľa. V našom svete sa každý deň zatláčajú oči. Dôverne poznáme desivé komnaty, kam nikto nevstupuje rád. Sú plné bolesti, utrpenia, strachu. Je ozaj šikavné a užitočné, ak nám nová aplikácia v mobile oznámi, že dnes si máme dať na raňajky vložky, no keď mi vážne ochorie mama, zastaví sa čas, a okamžite viem, čo zúfalo chcem... a bez váhania by som to vymenila za všetky vymoženosti na svete.

Sestry, modernizujme náš svet! Nenadávejme, nestážujme sa, je to zbytočné a nikam to nevedie. Otvorme oči a premýšľajme, prečo tu vlastne sme a čo by sme mohli vylepšiť. Buďme aktívne a smelé. Buďme omnoho lepšími advokátmi

našich chorých, ako sme boli doteraz. Použime na to všetky možnosti a príležitosti. Vybudujme taký štandard starostlivosti o ľudské zdravie a dôstojnosť, také služby, aké si len vieme predstaviť.

Dost' bolo bezvýsledného mudrovania. Pochopme, že je predovšetkým na nás, akým bude ten svet o 30 rokov. Nečakajme, že príde niekto, kto nám povie, ako máme ošetrovateľstvo na Slovensku robiť. Pravda je taká, že to nevie nik - okrem nás. Iba v nás drieme múdrosť, iba my tušíme, ako by to malo byť a ako by to mohlo fungovať lepšie, aspoň o niečo. Oprášte naše pôvodné pohnútky pre výkon kedysi vysnívanej profesie. Naozaj dôkladne ich zbavme nánosov pseudo „BURN – OUT“ syndrómu. Nech sa dobrovoľne udupané ego opäť vystrie a zhlboka nadýchne. Prestaňme postávať a cúvať, pohnime sa! Ukážme svetu našu ochotu a silu prevziať zodpovednosť za maximálny výsledok našej služby – pre človeka. To on je náš cieľ a my musíme vidieť s jasnými kontúrami jeho spokojnú tvár na konci nášho snaženia - intímne poznať jeho potreby, túžby, očakávania.

## *Už dlhšie nečakajme, ani chvíľu ...*

Poznám tú nevychodenú cestu odvážnych plánov, neustále do strmého brehu, cestu blatom a krovinami len s kratučkými prestávkami na oddych. Už roky po nej kráčam každý deň. No vďaka tomu, že po nej kráčame, svetlo sveta uzrelo stovky inovácií v starostlivosti a už teraz snívame o ďalších, lebo vývoj, ten je nekonečný ako vesmír.

Tam, kde je vývoj najpotrebnejší, stagnuje... Veľmi túžim, aby sa politike úspešného vývoja, ktorá je dnes samozrejماً ako soľ v chlebe takmer vo všetkých oblastiach ľudskej existencie, začalo dariť aj v oblasti, ktorá je paradoxne na top úrovni pyramídy ľudských hodnôt. Kráľovná sestrička sa zatiaľ správa ako Popoluška. Nedocenená, vyčerpaná, znechutená i urazená, prikrčená stojí kdesi v kúte. Do tohto tanečného kola sa musíme pozvať samy.

Sestry, s odvahou inovujme svet, v ktorom slúžime a kralujeme v ňom s gráciou!

Už dlhšie nečakajme, ani chvíľu ...

**Zuzana Fabianová**

Ošetrovateľské centrum v Humennom,  
Zariadenie sociálnych služieb Slniečny dom, n.o.  
v Humennom

# SESTRY V DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI: BOJUJME PREDOVŠETKÝM O ŽIVOT!

## ZUZANA FABIANOVÁ

Ošetrovateľské centrum v Humennom, Zariadenie sociálnych služieb Slniečny dom, n.o. v Humennom

Pomyselnému rebríčku ukazovateľov kvality starostlivosti roky kraľujú dekubity. Nečudo, nemilosrdne zrkadlia nedostatky v starostlivosti. Tento ukazovateľ má však obrovskú nevýhodu – možnosť „utajenia“. Príbuzní dekubity často ani nevidia - málokedy sa zaujímajú o obsah pod úhľadným štvorcom gázy. Prepúšťajúce pracoviská ich často „pozabudnú“ dokumentovať a zodpovednosť za vznik dekubitu si oddelenia prehadzujú ako horúci zemiak. Akoby nebolo dôležité, či dekubit vznikol, ale to, ako to utajiť. A o to predsa nejde... Tak pre istotu, zhrňme si to teda ešte raz – o čo nám sestram v dlhodobej starostlivosti vlastne ide? O čo chceme usilovať predovšetkým? Myslím, že chceme docieľiť ochranu pacienta pred predčasným úmrtím a zbytočným trápením. V prvom rade nám ide o život samotný a v ďalšom o jeho kvalitu. Život krehkého seniora neustále visí na vlásku. Starí a bezvládni seniori predsa neumierajú iba v súvislosti s dekubitmi...

ďalšie intervencie je potrebné dennodenne plánovať, realizovať, hodnotiť ich efekt.

### Prečo je to naliehavé

Ošetrovateľstvo je zamerané predovšetkým na zdravie a plní funkciu prevencie vzniku chorôb a ochrany zdravia. Sestry sa svojou činnosťou, konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej a terciárnej. Terciárna prevencia sa pritom uplatňuje v situácii, keď sa už ochorenie prejavilo. Jej cieľom je obnoviť zdravie, prípadne zmierniť následky chorôb.

Tento druh prevencie je pre LTC pracoviská kľúčový. Včasná a kontinuálna poskytnutie primeranej zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta.

**Je najvyšší čas hľadať nové indikátory a metódy hodnotenia kvality dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti.**

**Vymyslime ich!**

**Nečakajme na návody zo zahraničia, ak vieme, ako na to ...**

**Je najvyšší čas ukázať, čo v nás – slovenských sestrah skutočne je a na čo naozaj máme.**

**Práve dlhodobá starostlivosť je unikátnym priestorom, kde ošetrovateľstvo môže demonštrovať svoj potenciál.**

**Pretože v tejto oblasti práve na tom, ako sestry pracujú, často stojí a padá kondícia, zdravie i život pacienta.**

### Neustále v ohrození ...

V slovenských zariadeniach dlhodobej starostlivosti (ďalej len „LTC“ – long term care) sú čoraz častejšie umiestnené osoby s významným rizikom zhoršenia zdravotného stavu - rizikovní seniori s ranami, dekubitmi, podvyživením, ohrozením infekciou, rozvojom kontraktúr atď. Dôvodom je stúpajúci vek, demografický vývoj, pribúdanie seniorov vo fáze imobility, nesebestačnosti, s početnými vážnymi ochoreniami. Sériu prítomných chorôb, rizík v kombinácii s neschopnosťou nielen samostatne uspokojovať, ale často aj dožadovať sa uspokojovania najzákladnejších potrieb, často prináša zhoršovanie zdravotného stavu.

Približne 30 % seniorov je indikovaných pre dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť. Ide o krehkých a úplne závislých seniorov. Medzi faktory krehkosti patrí veľmi vysoký vek, pokles mobility, dizabilita, slabé fyzické zdravie, multisystémové zhoršenie, či pokles kognitívnych funkcií.

Stabilizácia a zlepšenie kvality života rizikových seniorov predpokladá realizáciu celého radu aktivít v prvom rade k zvládnutiu akútnych, život ohrozujúcich rizík. Tieto a mnohé

Kompetentné a komplexné poskytovanie adekvátnej starostlivosti v tejto skupine chorých sa odvíja od prítomnosti zdravotných sestier každý deň, 24 hodín denne. V LTC starostlivosti vzhľadom na sporadickú prítomnosť lekárov a vysoké nároky na ošetrovateľskú starostlivosť je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti sestrami kľúčovým nástrojom zabezpečenia primeranej kvality poskytovaných služieb. Z uvedených dôvodov by mal byť potenciál sestier v LTC zariadeniach neustále zvyšovaný, rozvíjaný, s cieľom maximalizovať benefity pre ošetrovaných klientov v súlade s poslaním ošetrovateľstva ako vedy. Sestry sú nosné piliere kvalitnej starostlivosti, preto by mali byť systematicky tréňované a koučované pre optimálny manažment zdravia, prevenciu zhoršovania a očakávaných komplikácií.

### Čo nám chýba

V súčasnosti v zariadeniach sociálnych služieb úroveň poskytovanej starostlivosti o zdravie nie je posudzovaná alebo kontrolovaná žiadnou externou inštitúciou. Dôležité aspekty starostlivosti o zdravie, napr. bezpečnosť spôsobu zabezpečenia liečiv, predchádzanie dekubitom a pádom, dehydratácii,

liečba rán, podvýživy, úroveň zmieňovania utrpenia a bolesti sú otázkou uvedomelého prístupu vedenia a personálu zariadení. Nie sú definované štandardy, či výstupné kvalitatívne kritériá pre LTC. Pri súčasne postavenej legislatíve sa javí, akoby táto časť starostlivosti nebola vôbec podstatná pre ďalšiu kvalitu života chronicky chorého, zvlášť ak sa stal prijímateľom sociálnej služby, umiestneným v sociálnom zariadení. Z praktických skúseností našich pracovísk pritom vyplýva, že je to dôležitá a zložitá agenda, ktorá celkom určite zásadne ovplyvňuje kvalitu a dĺžku života týchto občanov.

### **Merajme a pracujeme s výsledkom**

Žiada sa realizácia koncepcie prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, vytvorenie a naplnenie modelu organizovanej nepretržitej sesterskej starostlivosti ako nástroja kvality.

Na našich pracoviskách je zavedený systém manažérstva kvality podľa ISO 9001:2006 a pracoviská pracujú tiež v súlade s princípmi totálneho manažérstva kvality (TQM), konkrétne modelu výnimočnosti EFQM.

Ako jeden z kľúčových procesov v mape procesov je od r. 2009 definovaný hlavný proces Komplexná zdravotná a sociálna starostlivosť.

Jedným z cieľových ukazovateľov výkonnosti procesu vo vzťahu k cieľom a rizikám procesu je zvládnutie rizika destabilizácie. Naším kritériom je maximálne 20 prípadov zhoršenia zdravotného stavu za 6 mesiacov, ktoré ústi do hospitalizácie alebo smrti. Zároveň je potrebné zachovať maximálne 2 prípady zhoršenia za týždeň.

Merania majú priame využitie v rámci inovácií: pri nedodržaní kritéria v prvej fáze prebieha doposúdenie, teda krížová kontrola sesterským pracoviskom. Prostredníctvom čeklistu sa spätne posúdi komplexná starostlivosť o zdravie pred zhoršením zdravotného stavu. Čeklisty pre objektívnu kontrolu správnosti ošetrovateľských intervencií pred zhoršením zdravotného stavu sa používajú pri všetkých prípadoch zhoršenia.

Informácie zo spätnej analýzy výrazne prispievajú ku kontinuálnemu vývoju prístupov v rámci celého systému riadenia vo všetkých organizáciách. Na základe tejto analýzy vznikli a ďalej sa vyvíjajú desiatky inovácií v starostlivosti s dôrazom na prevenciu.

K tomuto kritériu sa zároveň viaže náš návrh na tvorbu koncepcie posudzovania kvality poskytovateľov v prepojení na úspech v predchádzaní fatálnej destabilizácie.

### **Riadenie rizika pokračujúceho zhoršenia zdravotného stavu**

Destabilizácie meriame od roku 2015 a v tomto čase sme tiež začali vyvíjať metodiku k destabilizácii, ktorá sa neustále aktualizuje a v súčasnosti obsahuje celý rad opatrení, ktoré odďaľujú predčasné úmrtie. Naša interná metodika podchy-

táva tie najproblémovejšie oblasti starostlivosti, slabé miesta, ktoré často v minulosti spôsobili destabilizáciu, pretože v praxi sa na ne zvyklo zabúdať. Zároveň definuje nové mechanizmy, ktoré nám pomáhajú účinne kompenzovať nedostatky celého systému zdravotnej starostlivosti. Samozrejme, ide predovšetkým o prácu sestier, ktoré dokážu zodpovednou, perfektne organizovanou starostlivosťou nezabudnúť na žiaden kľúčový aspekt starostlivosti 24 hodín denne.

**Možnosti úspešného riadenia rizík - príklady z metodiky Manažérstvo rizík zhoršenia zdravotného stavu:**

- pátranie po ukazovateľoch destabilizácie v období pred prijatím klienta,
- príjem TOP sestrami pracovísk,
- angažovanosť manažéra sesterskej starostlivosti pri každom prijíme,
- príjem orientovaný na podchytenie typických rizík v LTC starostlivosti,
- čeklist pri každom zhoršení (spätne posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií pred zhoršením) - akčné plány zlepšenia,
- motivačné prepojenie vedúcich sestier na výsledky v dosahovaní kritérií.

### **Metodika hodnotenia kvality poskytovateľa v riadení ošetrovateľského rizika NQRM**

V súlade s PDCA cyklom bola metodika hodnotenia riadenia rizika prehodnotená a aktualizovaná. V novom meraní hodnotíme iba fatálne destabilizácie, teda také zhoršenia, ktoré vyústia do smrti pacienta. Na druhej strane sme naše hodnotenia rozšírili o sledovanie počtu dní hospitalizácií v nemocnici a výskyt Lazarovského syndrómu. Tieto tri výsledky hodnotené vždy vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie, nižšie môžu pomôcť merať a objektivizovať skutočný potenciál poskytovateľa poskytovať kvalitné služby bez podcenenia kľúčových aspektov starostlivosti.

Cieľom bolo objektivizovať merania tak, aby riadenie rizika destabilizácie bolo hodnotené vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie. Riziko destabilizácie sme objektivizovali sumárnym použitím troch známych škál hodnotenia rizika v ošetrovatelstve: ADL skóre (sebestačnosť), Northonovej škála (riziko dekubitov) a MMS (kognitívne funkcie).

Ktorákoľvek z týchto škál pacienta môže indikovať do skupiny rizikových z hľadiska fatálnej destabilizácie. Pacienti s najvyšším stupňom rizika tvoria v hodnotení osobitnú skupinu. Zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené vo vzťahu k prítomnému riziku, platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií!

Riziko destabilizácie sa u konkrétneho poskytovateľa ráta ako percento/pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov.

Kvalita poskytovateľa v oblasti zvládnutia rizika destabilizácie, vyjadrená skratkou NQRM je hodnotená podľa troch

oblastí destabilizácie vo vzťahu k prítomnému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely =

- 1) M NQRM - mortalita, pomer/percento fatálnych destabilizácií vo vzťahu k prítomnému priemernému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely
- 2) H NQRM - počet dní hospitalizácie v nemocnici vo vzťahu k prítomnému priemernému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely
- 3) L NQRM - počet prípadov Lazarovského syndrómu (výrazného zlepšenia stavu) k prítomnému priemernému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely (1).

V rámci kritického posudzovania kvality starostlivosti je potrebné rozšíriť kontext hodnotenia a sústrediť sa na ciele, ktoré sú kľúčové. Navrhujeme v omnoho väčšej miere orientovať sa na ukazovateľ súvisiaci s úspešným oddialením predčasnej smrti. Fatálnu destabilizáciu nemožno nepriznať. Naša prax – analýza všetkých faktorov zhoršenia poukazuje na celý rad možných príčinných súvislostí. Mnohé z nich priamo súvisia s nedostatočne nastavenými procesmi, podcenením dobrej organizácie všetkých činností, za ďalšími sa skrývajú defekty v komunikácii, informačných tokoch medzi jednotlivými prvkami v rámci komplexného zabezpečenia starostlivosti – fenomén chýbajúcej integrity starostlivosti o zdravie, javy presúvania zodpovednosti, nízka úroveň kontroly komplexnosti starostlivosti o zdravie, chýbanie zastrešujúceho prvku, ktorý zodpovedne zastreší celý zložitý komplex úkonov v prospech zdravia pacienta. Podceňujú sa aj psychosociálne riziká. To je len niekoľko z príčinných faktorov zbytočnej fatálnej destabilizácie. Prax dokazuje, že tieto faktory možno významne ovplyvniť bez výrazného navýšenia zdrojov.

### **Hodnotenie má byť objektívne**

Včasná a kontinuálna poskytnutie zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta.

S odstupom dvoch rokov sa pokúšame o ďalší rozvoj hodnotení s cieľom objektivizovať hodnotenie riadenia rizika destabilizácie. Pôvodné počítanie destabilizácií bez ohľadu na skutočné spektrum rizikovosti ošetrovaných pacientov v zariadení po prehodnotení rozširujeme o vstupné individuálne hodnotenie rizika u každého pacienta/klienta a následnému prepočítavame objektívnu úspešnosť vo vzťahu k reálnemu riziku destabilizácie. Pri nastavovaní NQRM kritéria je potrebné byť realistický, no zároveň primerane kritický. Naša skúsenosť hovorí, že výnimočné je pod 5, výborné po 10 % z vysoko rizikových pacientov. Zvládnutie rizika destabilizácie, teda minimalizácia prípadov fatálnej destabilizácie/mortality a minimalizácia počtu dní hospitalizácií v nemocnici môžu byť kľúčovými ukazovateľmi kvality dlhobodej starostlivosti u poskytovateľov LTC.

Všeobecne uznávanou zásadou úspešného manažmentu je meranie oblastí, ktoré chceme zlepšovať, vyvíjať. Predpokladáme, že každé ambiciózne LTC pracovisko, ktoré bude meranie úspešnosti vyjadrené NQRM skóre realizovať, bude zároveň cieľavedome hľadať také spôsoby v organizácii práce, ktoré budú viesť k dosahovaniu výborných čísel. Vyhodnocovanie oddialenia predčasného úmrtia a počtu dní hospitalizácie, a tiež syndrómu Lazara, prináša v konečnom dôsledku profit všetkým zainteresovaným stranám. Kľúčovým úspechom je pacient v stabilizovanom stave, ktorý je pod trvalou kontrolou pozorného ošetrojúceho personálu. Ďalším žiaducim efektom je už spomínaný tlak na analýzy, kritické sebahodnotenie, rozvoj inovácii vnútri každej zapojenej organizácie.

V súlade s princípmi totálneho manažérstva kvality sa zameriavame predovšetkým na výsledky, nie na procesy, činnosti ako také. Tu je veľký rozdiel oproti doterajšiemu vnímaniu kvality. Sme presvedčení, že štandardy kvality budú naďalej účinným nástrojom dosiahnutia vysokého stupňa kvality, orientácia na výsledky však bude viesť každú organizáciu k motivácii štandardy korigovať, tvorivo prehodnocovať a v konečnom dôsledku prísne sledovať ich dodržiavanie v praxi, no zároveň vytvárať podmienky na ich používanie.

### **Proeurópska cesta**

Sme presvedčení, že náš námet koncepcie má reálnu budúcnosť ako moderná, proeurópska cesta k objektivizácii výsledkov/kvality ošetrovateľskej starostlivosti u poskytovateľov LTC (s výnimkou zariadení paliatívnej starostlivosti). Výhodou je jednoduchosť, orientácia na kľúčové, želiteľné výsledky starostlivosti. Takéto meranie môže byť efektívnym nástrojom cieľavedomého rozvoja kvality služieb, prístupov i procesov poskytovateľov LTC. Motivácia používať tento nástroj a minimalizovať destabilizácie pritom môže byť vnútri organizácie (vysoký morálny kredit zariadenia, presvedčenie vodcov, že je nevyhnutné hľadať cesty zlepšovania starostlivosti), no tiež zvonka (napríklad podpora tých zariadení, ktoré dosahujú veľmi dobré výsledky starostlivosti zo strany štátu, prípadne zdravotných poisťovní).

### **Preto prichádzame s našim riešením**

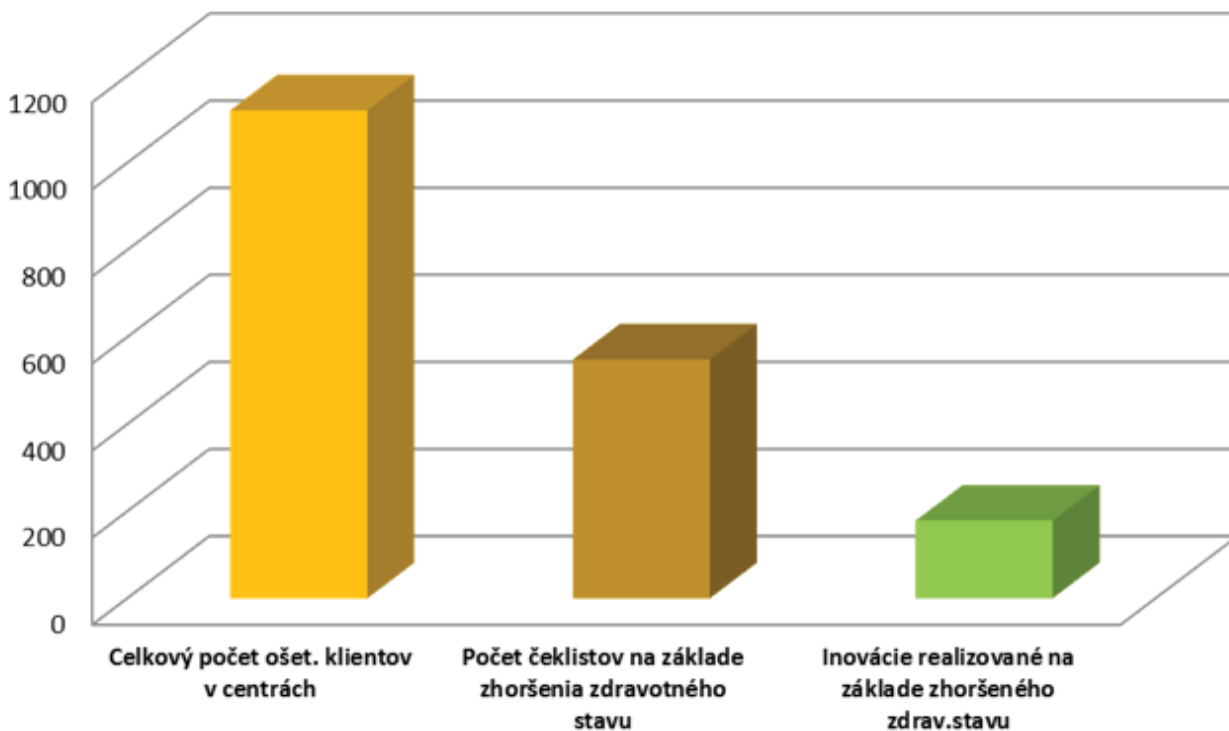
Sesterská starostlivosť je o komplexnom prístupe, myslení, posudzovaní, plánovaní starostlivosti, ak tento aspekt starostlivosti chýba, krehký pacient zomiera. Napriek tomu vo väčšine zariadení sociálnych služieb v SR tento kľúčový aspekt nefunguje, pretože nie je legislatívnou požiadavkou. Nik nenesie zodpovednosť za úroveň kvality starostlivosti o zdravie a táto časť starostlivosti zatiaľ nie je systémovo financovaná. Sme presvedčení, že našej krajine v blízkej budúcnosti hrozí kríza v zabezpečení adekvátnej starostlivosti, a ak sa na daný problém nebude intenzívne upozorňovať dnes, už tejto generácii reálne hrozí predčasné umieranie. Mali by sme podporovať také koncepcie, ktoré podporujú tvorivé budovanie a zdokonaľovanie najlepšieho modelu starostlivosti o chronicky chorých a starých klientov. Pretože táto skupina

občanov v našej spoločnosti nielen existuje a narastá. Ove-  
 rené inovácie v rámci dlhodobej ošetrovateľskej starostli-  
 vosti pri globálnom uplatnení môžu byť účinným nástrojom  
 pre systémovú ochranu práv a záujmov jednej z najzraniteľ-  
 nejších skupín obyvateľstva. Veríme, že nájdeme spojencov  
 a nasledovníkov.

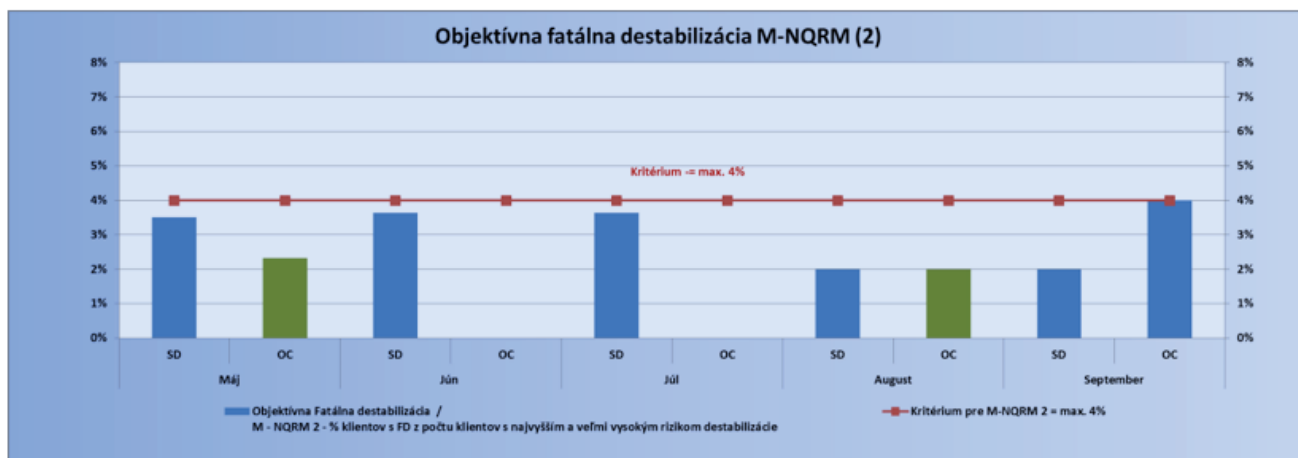
### Zdroje

1. FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov – metodika rizika*. Vnútorný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečným dom, n.o., Humenné. 2017.

## Inovácie realizované na základe analýzy zhoršení zdravotného stavu v r. 2012 - 2017



Graf č.1 Inovácie realizované na základe analýzy zhoršení zdravotného stavu na pracoviskách Ošetrovateľské centrum a Slniečny dom v rokoch 2012 -2017. Zdroj: autor



Graf č.2 Objektívna fatálna destabilizácia M – NQRM. Zdroj: autor



# SENIORBOX – posol nádeje proti predčasnému zomieraniu

## ZUZANA FABIANOVÁ, ALENA MOCHNÁČOVÁ

Chvíľa, v ktorej máme čeliť dôsledkom choroby a staroby, je rozhodne jednou z najťažších chvíľ života. Choroba je silná, ale človek silnejší, ak je na jeho strane súcit, láska, obetavosť, a ak je pripravený praktickými prostriedkami zmierniť utrpenie. Práve toto poslanstvo v sebe nesie unikátny, originálny, slovenský, sesterský projekt Senior boxy, ktorý vstúpil do svojej finálnej fázy už po tretíkrát. Ruku k dielu priložili desiatky partnerov a dobrovoľníkov.

Priestor pre otvorenie 3. ročníka tohto projektu ponúka 9.11.2017 IV. Medzinárodná vedecká konferencia v Michalovciach, venovaná súviacej téme k spôsobom prepojenia zdravotných a sociálnych služieb. Najnovšiu podobu Senior boxu uviedol do života vedec, lekár, farmakológ a profesor medicíny prof. MUDr. Vladimír Krčméry, Dr.Sc.Dr.h.c.mult., rektor Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Krstilo sa jesenným listím ako symbolom jesene života. Úprimným želaním autorov i partnerov projektu je, aby aj vďaka Senior boxom bola o niečo krajšia, príjemnejšia a dlhšia. 2 500 hodnotných balíčkov je výsledkom neuveriteľného, nadšeného, dobrovoľníckeho úsilia. Novým prvkom je tzv. checklist pre domácu laickú kontrolu, ktorý slúži na to, aby príbuzní nezabudli na niektorý dôležitý aspekt starostlivosti. Publikácia zostavená na základe praktických skúseností ošetrovateľského personálu prináša užitočné informácie a návrhy riešení pre situácie bezradnosti a nedostatku informácií. Balíčky podpory majú slúžiť podľa iniciátorov projektu proti zlyhávaniu i pocitom beznádeje a zlyhania, s ktorými sú rodinní príslušníci nemilosrdne konfrontovaní čoraz častejšie. Senior boxy v týchto dňoch putujú naprieč Slovenskom do nemocníc, do rúk rodinám vážne chorých seniorov už po tretíkrát.

### Kontakt:

PhDr. Zuzana Fabianová

Zariadenie sociálnych služieb

Slniečny dom, n.o.

Starinská 6189/164, 066 01 Humenné

Slovenská republika

t.č.: 0911 571 880

[fabianova@osetrovatelskecentrumhe.sk](mailto:fabianova@osetrovatelskecentrumhe.sk)



Na snímke vedľa prof. Krčméryho vpravo iniciátorka a garantka projektu Zuzana Fabianová a hlavná koordinátorka projektu Alena Mochnáčová

### Orientačné posúdenie kvality starostlivosti o zdravie bezvládneho blízkeho v domácich podmienkach alebo „Staráme sa dobre“?

Oblasť, problém, riziko	Otázka	✓	Plán v prípade potreby zásahu
<b>Aktivizácia</b>	Je počas dňa primerane zabezpečená aktivizácia? Usilujeme počas dňa o primeranú stimuláciu, podnety, zamestnanie zmysluplnou činnosťou, ak to stav blízkeho umožňuje? Nemá blízky zamenený deň s nocou?		
<b>Bezpečnosť</b>	Realizovali sme opatrenia na zabránenie pádu z postele, vozíka, pri presune? Nie je blízky ohrozený zatúlaním sa, manipuláciou s elektrikou, plynom, užitím nevhodných liekov?		
<b>Čistota prostredia</b>	Je prostredie izby pravidelne vetrané, čisté, bez zápachu? Sú posteľ a stoličky čisté, upratované?		
<b>Dekubity - prevencia</b>	Máme zavedený polohovací plán? Striedame polohy, pomáhame si pomôckami na polohovanie? Sú prevízy dekubitov (preležanín) zabezpečené sestrou Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)?		
<b>Embólia</b>	Predchádzame riziku embólie? (dostatočný príjem tekutín, pohyb, príp. užívanie antikoagulačnej liečby podľa ordinácie lekára...)		
<b>Funkcie vitálne, posúdenie</b>	Sledujeme, zaznamenávame si základné vitálne funkcie blízkeho (dýchanie, pulz, tlak krvi, telesnú teplotu) Konzultujeme zmeny/odchýlky vo vitálnych funkciách, prípadne v stave vedomia a orientácii v čase a priestore s ošetroujúcim lekárom/sestrou ADOS?		
<b>Glykémia</b>	Nehrozi blízkemu kolísavá hladina glykémie? Je príjem potravy vyvážený, pravidelný? Poznáte príznaky hypoglykémie a viete v takomto prípade pomôcť?		
<b>Hygiena</b>	Je blízky čistý, nezapácha? Sú jeho ústa bez povlakov? Je oblečený v čistej bielizni? Je blízky sprchovaný/kúpaný minimálne raz do týždňa, resp. častejšie, ak je to potrebné?		
<b>Infekcia</b>	Je blízky zaočkaný proti chrípke/pneumónii? Je blízky dostatočne chránený pred prenosnými ochoreniami? Je v prípade prítomnosti infekcie vyšetrený CRP (indikátor bakteriálneho zápalu v krvi) a v prípade potreby včas podané antibiotiká?		
<b>Jedlo – riziko vdychnutia</b>	Nezvykne sa blízky dusiť s kúskom jedla? Je potrava primerane upravená (napr. pokrájaná)? Je blízky pri prijímaní potravy pod dozorom?		
<b>Klinika, príznaky chorôb pod kontrolou</b>	Sú (novozniknuté) príznaky chorôb v riešení? (dýchavica, vyrážka, kašeľ, zvýšená telesná teplota, krv v moči, nevoľnosť...)		
<b>Lieky</b>	Sú lieky podávané pravidelne, na základe poslednej ordinácie lekára?		
<b>Mobilita</b>	Je podporovaný pohyb a rozvoj pohybových a sebaobslužných činností? Používame pomôcky na podporu mobility a sebačinnosti? Cvičíme s blízky – aktívne, alebo aspoň pasívne, ako to jeho stav umožňuje?		
<b>Negativizmus, depresia, smútok</b>	Je zabezpečená primeraná komunikácia i láskavý prístup? Je v prípade pretrvávajúcich psychických ťažkostí stav konzultovaný s lekárom? Je zabezpečený primeraný spánok, odдых?		
<b>Opuchy</b>	Nie sú prítomné opuchy? (všimajte si predovšetkým dolné končatiny)		
<b>Potrava – príjem</b>	Nie je blízky podvyživený? Je primerane riešená jeho výživa?		
<b>Rany</b>	Rany ošetrované vhodnou metodikou podľa ordinácie lekára/doporučenia sestry Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)?		
<b>Sed, zvýšená poloha</b>	Je Váš blízky pravidelne vysádzaný, resp. ukladaný do zvýšenej polohy, ak to jeho zdravotný stav umožňuje?		
<b>Tekutiny - príjem, výdaj primeraný?</b>	Príjem tekutín primeraný? Ak je výdaj tekutín veľmi nízky napriek dostatočnej hydratácii, riešime to?		
<b>Utrpenie, bolesť</b>	Nejaví blízky známky utrpenia, bolesti? Je prípadná bolesť primerane tlmená?		
<b>Vyprázdňovanie</b>	Je vyprázdňovanie pravidelné? Riešime odchýlky vo vyprázdňovaní?		
<b>Well – being</b>	Sú využité pomôcky na polohovanie, je Váš blízky uložený komfortne, je mu teplo, nič ho netlačí, neomína? Je každý deň podporovaný pocit pohody?		
<b>Zápcha</b>	Predchádzame zápchu vhodným zložením potravy, dostatočným príjmom tekutín a ďalšími opatreniami?		

Checklist pre laickú kontrolu je taktiež súčasťou seniorboxu (Zdroj: autor)

## Prvé národné ošetrovateľské štandardy uzreli svetlo sveta



Pracovná skupina pre tvorbu ŠDTP v ošetrovatelstve

Sestry ponúkli cesty zlepšenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti v prvých slovenských národných ošetrovateľských štandardoch pre komplexný manažment pacienta

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť tvorí významnú súčasť profesionálnej starostlivosti o zdravie. Prímeraným uspokojovaním potrieb, včasným, aktívnym, komplexným prístupom je možné výrazne podporiť úspešnosť terapeutického procesu, no predovšetkým predchádzať zbytočným a vážnym komplikáciami. Naopak, nedostatok kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, slabý manažment pacienta, podcenenie v praxi spôsobuje destabilizáciu a dokonca aj predčasnú smrť pacienta, a to predovšetkým v oblasti starostlivosti o krehkých seniorov.

Súčasný stav kvality ošetrovateľskej starostlivosti v SR je zriedkavke prímeraný. S týmto javom nie sú spokojné ani samotné sestry. Napriek tomu, že o naliehavosti tohto problému vedia všetci, nie je jednoduché nájsť účinný nástroj na celonárodné, efektívne a úspešné zvyšovanie kvality. Vďaka projektu štandardných diagnostických a terapeutických prístupov v gescii MZ SR tu však existuje historická šanca, ktorú sestry s veľkým zánietením akčne uchopili. Svoje skúsenosti, predstavy a požiadavky o kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti spracovali v prvých 15 vybraných oblastiach ošetrovateľských problémov počnúc rizikom malnutricie, až po riziko rozvoja imobilizačného syndrómu.

Ohromný význam implementácie štandardov je možné ilustrovať na dvoch príkladoch štandardov. Napríklad potrebu štandardizácie manažmentu rizika malnutricie zvýrazňuje fakt, že až u 70 % pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutricie, sa v priebehu pobytu v nemocnici stav malnutricie výrazne zhorší. U 3 – 4 % hospitalizovaných je malnutričia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta.

Prvé následky imobility sa môžu začať objavovať už po niekoľkých hodinách upútania na lôžko a k patologickým zmenám dochádza už v priebehu 7 dní. Ak manažment pacienta s rizikom imobilizačného syndrómu zlyháva, zákonite vznikajú desiatky vážnych a zároveň ekonomicky náročných komplikácií, ako sú napríklad dekubity, pneumónie, flebotrombózy a pod. Prímeraný priestor je v štandardoch venovaný tiež etickej komunikácii, edukácii blízkych, či zmierňovaniu utrpenia v posledných štádiách života.

Na prvom workshope odborných pracovných skupín, venovanom vyvinutým štandardným diagnostickým postupom, sa stretla aj odborná pracovná skupina pre ošetrovatelstvo. Aj keď bolo toto stretnutie pôvodne určené autorom štandardu, organizátori sa rozhodli prizvať aj vybraných zástupcov zainteresovaných strán, s ktorými spoločne tvorili námet akčného plánu pre úspešnú a efektívnu implementáciu ošetrovateľských štandardov do ošetrovateľskej praxe, ktorý predložia ministerstvu. Autorom sa podarila úžasná vec: v priebehu troch mesiacov finalizovali prípravu prvých 15 ošetrovateľských štandardov pre komplexný manažment pacienta v kompetencii sestry. Vzniknutý materiál je výborným návodom pre aplikáciu moderných poznatkov do praxe. Určite ho ocenia nielen proaktívni manažéri ošetrovateľskej starostlivosti, no tiež pedagógovia, či študenti ošetrovateľstva.

Prvé štandardy boli tvorené na základe fúzie odborných, publikovaných informácií od v problematike rešpektovaných, uznaných autorít a overených skúseností s riadením rizík v kontexte totálneho manažérstva kvality na vybraných pracoviskách dlhoboj ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slnecný dom v Humennom). Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej

plnenie je indikátorom štandardu v praxi. Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomných ošetrovateľských problémov u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhoboj ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom, či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax na ďalších pracoviskách.

Jadrom štandardov sú kapitoly „Posudzovanie“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia inšpirované dobrou praxou u nás alebo v zahraničí.

Autori zdôrazňujú, že potrebná je motivácia poskytovateľov, aby tí, ktorí do tohto náročného procesu implementácie vstúpia, boli prímerane hodnotení, predovšetkým zdravotnými poisťovňami.

Ak sa prvé národné ošetrovateľské štandardy pre komplexný manažment pacienta podarí uviesť do praxe, je vysoko pravdepodobné, že sa poskytovateľom zároveň podarí dosahovať oveľa lepšie výsledky v definovaných indikátoroch kvality ako doteraz. Očakávaný je napríklad znížený výskyt dekubitov, pneumónií, nárast mobility, sebestačnosti, zlepšenie stavu nutricie, pokles destabilizácií pacientov, ale tiež zvyšovanie spokojnosti pacientov a ich blízkych.

*PhDr. Zuzana Fabiánová  
predsedníčka pracovnej skupiny  
pre tvorbu ŠDTP v ošetrovatelstve*

*PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.  
hlavná odborníčka MZ SR  
pre odbor ošetrovatelstvo*

## ŠTEFAN ŠUBERT

zdravotnícky asistent, ZSS Slnecný dom, n.o. Humenné

Stopercentný návod, ako byť v práci šťastný, neexistuje. Nie som vrcholový športovec, úspešný lekár, kouč, vedúci pracovník, ani top manažér veľkej firmy. Pracujem v zdravotníctve a chcem sa prihovoriť nám všetkým zdravotníckym pracovníkom, často krátko „frflajúcich“ na všetko. Pracujeme v ťažkom prostredí, kde si bolesť podáva ruku s depresiou. Postupom času sa na každom z nás prejavujú znaky frustrácie, hnevu a hlavne závidosti. Ruku na srdce, kto z nás sme niekedy nezávideli v práci kolegovi, či kolegyni? Práve tu sa začína náš problém. Riešenia existujú, musíme však začať od seba.

V našom obore, ak ste sestra, lekár, zdravotnícky asistent alebo sanitár, všetci pracujeme v rizikovitom prostredí. Empaticky preberáme bolesti, žiaľ a naopak odovzdávame svoju energiu trpiacim pacientom. Ak si k tomu prirátate nočné zmeny, stres a príbuzných sťažujúcich sa na starostlivosť, práca v zdravotníctve prestáva znieť lukratívne. Ja osobne mám veľké šťastie. Pracujem v modernej inštitúcii, kde je síce práca ťažká, no dokážeme sa ako tím postaviť náročným situáciám s úsmevom na tvári. Pokúsím sa naše skúsenosti ponúknuť všetkým.

Je to podobné, ani hráči Realu Madrid by ligu majstrov nevyhrali, ak by neboli zohratí a všetci neťahali za jeden povraz. Chirurg sa taktiež musí pri operáciách spoľahnúť na tím, ktorý musí pracovať na 100%. Tréner v kolektívnych športoch je, podobne ako vedúca sestra, zodpovedný za úspechy kolektívu. Top manažér zas musí byť informovaný o všetkom, čo sa vo firme deje. Ak niečo nefunguje, je dôležité rýchle riešenie. Rovnako dôležité je nielen poznať, ale tiež predvídať rôzne situácie. Ak sa ľudia v tíme dokážu počúvať a nie iba kritizovať, ak naopak dokážu konštruktívnu kritiku prijímať, máte „nakročené“ k úspechu. Nás si v práci vážia. Nemusia to byť obrovské finančné odmeny. Skúsme sa na systém odmien pozeráť reálnejšie. Ak niekto chce viac, mal by aj viac ponúknuť. Ak sa z času na čas niekto rozhodne zmeniť zamestnanie, miesto

po ňom sa musí zaceliť, vtedy má tím za úlohu prijať nováčika, a čo najefektívnejšie mu „predať“ naše know how.

Ciele teambuildingu sú:

- Budovanie alebo zlepšovanie firemnej kultúry.
- Posilnenie tímového ducha, dôvery a spolupráce – tím dobre nespolupracuje, v tíme nastali personálne zmeny.
- Zlepšenie kvality komunikácie v tíme.
- Možnosť stretnúť sa mimo pracovného prostredia a porozprávať sa „bez kravaty“ – popis slabých a silných stránok fungovania tímu a hľadanie ciest na zlepšenie súčasnej situácie.



Práca v tíme (Zdroj: autor)

- Nabití tím energiou – „znovunakopnutie“ tímu. Keď je tím už demotivovaný alebo prešiel náročným obdobím a ľudia sú unavení.
- Zlepšenie skupinovej motivácie.
- Zvýšenie angažovanosti ľudí v tíme.
- Zodpovednosť za ciele tímu.
- Eliminácia konfliktov - riešenie/predchádzanie konfliktom – rozličnosť pohľadov na problémy.
- Pochopenie práce druhého oddelenia – výmena rolí s cieľom „naštartovať“ efektívnu spoluprácu.
- Odmena za výsledky, ktoré dosiahla cieľová skupina – utuženie kolektívu.

Našli ste sa v niektorých bodoch? Skúste sa o tom porozprávať s vašim nadriadeným. Možno nepotrebujeme profesionálne teambuildingové akcie ako programátori, ktorí nedokážu myslieť v realite, ale premýšľajú často vo virtuálnych rovníkoch a kódoch. Principiálne sa stačí stretnúť mimo práce a získať iný pohľad na svojho kolegu. Spoznať jeho záujmy a na pracovisku sa potom vedieť chápať. Empatickým prístupom ku kolegovi tvoríme akési pracovné putá. Doba nás núti zarábať viac, ťaháme nadčasy na úkor svojich blízkych, na pracoviskách sa od nás očakáva výkon na úrovni 120%. Časy, keď vo fabrikách si zamestnanec musel



hľadať prácu kvôli tomu, aby zahnal nudu, sú dávno minulosťou. Tú istú prácu, ktorú malo na starosti kedysi 5 zamestnancov, teraz musí zvládať jeden. Nad hlavami máme kamery, v autách GPS systémy, normy sú nastavené prísne. Aj preto musíme vytvárať na pracoviskách klímu, ktorá nás hreje pri srdci, ktorá nám vyčarí úsmev na perách, a ktorá eliminuje stres. Stačí sa z času na čas stretnúť na káve, pívku, či športovom podujatí a naučiť sa relaxovať. Aj o tomto je budovanie kvalitných pracovných skupín, ktoré ako celok dokážu obrovské veci.

## L'UBICA KOČANOVÁ

Asociácia sestier a pacientov „ASAP“

Deklarácia „Stop preležaninám ako univerzálne ľudské právo“ z Brazílie z roku 2011 upozorňuje celý svet, že práve sestry sú odborníčky s najvhodnejším vzdelaním a najadekvátnejším postavením vykonávať prevenciu vzniku preležanín u bezvládných pacientov. Deň „Stop preležaninám“ v tento rok pripadol na 16.11.2017.

Ak poskytneme bezvládnym pacientom komplexnú prevenciu preležaninám, ktorá okrem polohovania zahŕňa celú škálu intervencií, začínajúc hydratáciou, výživou, včasnou vertikalizáciou, ošetrovateľskou rehabilitáciou, starostlivosťou o predilekčné miesta, starostlivosťou o inkontinenciu, správnu edukáciu pacienta a príbuzných, tak bezvládný pacient dostane tú najkomplexnejšiu prevenciu. Ak zapojíme pacienta a jeho okolie do prevencie preležanín, tak poskytneme pacientovi a jeho okoliu štandardnú prevenciu, ktorou zabránime aj úplne iným komplikáciám, ako je dehydratácia, podvýživa, kontraktúry a ochabnutie svalstva, zapareniny, infekcie močových ciest, oslabenie imunitného systému, zápalové procesy, ktoré majú za následok zhoršenie laboratórnych výsledkov, zvýšené CRP, zhoršený krvný obraz, zhoršené renálne parametre u pacienta, atď.

Ku realizácii kvalitnej prevencie nám však chýba v SR dostatočné odhodlanie, najmä zvýšiť personálne obsadenie sestrami, sestrami špecialistkami na oddeleniach, chýba nám pomocný zdravotnícky personál, hoci aj opatrovatelky. Nedostatkom je aj štandardné materiálne technické vybavenie mnohých oddelení. Chýbajú nám elektronicky polohovateľné postele, aktívne antidekubitálne matrace napr. s kompresorom, aktívne podložky pod sediaceho pacienta, anatomické polohovateľné vankúše, rehabilitačné prístrojové vybavenie ku posteliam pacientov, hydraulické vane, elektronické zdviháky, polohovateľné kreslá, kvalitné a pohodlné invalidné vozíky atď. Oproti týmto nedostatkom máme v SR k dispo-

zícii kvalitný, ale najmä drahý materiál pre liečbu preležanín. Dostupnosť je zabezpečená v širokej škále a v dostatočnej miere od veľkého množstva distribútorov s moderným vlhkým hojením chronických rán.

Etickým a právnickým problémom takto nastavenej spoločnosti je, že prevenciu preležanín venujeme málo pozornosti, ale nákladnú liečbu preležanín preferuje-



Autor ilustrácie: Svetlana Schubertová

me. Dokonca sme hrdí, (vrátane mňa), ak tieto často zbytočne vzniknuté bolestivé rany vyliečime. Moderné je, ak vieme pacientovi s dekubitom vyliečiť jeho ranu, prinavrátiť kvalitu života. Nastavenie takejto zvláštnej protichodnej filozofie v starostlivosti o bezvládných pacientov v nás vyvoláva mnoho etických otáznikov. Je na mieste byť hrdým zdravotníkom v spoločnosti, ak takéto rany u pacienta s kvalitnou prevenciou nemuseli vzniknúť a my sme kdekofvek v spoločnosti bezvládnym pacientom prevenciu neposkytli? V modernej spoločnosti je kvalitná prevencia efektívnejšia ako liečba a je najmä benefitom pre všetkých pacientov v riziku.

Vzdelané sestry, profesionálky vedia ľahko indikovať pacientov v riziku vzniku preležanín. Pri posúdení pacienta, popri ošetrovateľskej anamnéze a klinickom posúdení pacienta z pohľadu ošetrovateľstva používajú pri posúdení merateľné škály, ktorými označia pacienta v riziku,

napr. Nortonovú škálu, Waterlow skóre, Bradenovú škálu atď.

Ak je u pacienta indikované riziko vzniku preležaniny, sestry majú pripravený individuálny plán pre komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s rizikom vzniku dekubitov. Celá starostlivosť je komplexná, zahŕňa plán polohovania pacienta, hydratáciu, výživu, rehabilitáciu, starostlivosť o inkontinenciu, starostlivosť o namáhané miesta, vysádzanie pacienta, včasnú vertikalizáciu a iné intervencie u bezvládneho pacienta. Ak nejakú z uvedených intervencií vynecháme, ohrozíme tým bezpečnosť pacienta. Prevenciu teda poskytovať vieme, pokiaľ je dostatok personálu na oddeleniach, kde sú bezvládni pacienti a máme potrebné antidekubitálne pomôcky.

Dekubit je jeden z indikátorov kvality poskytovania starostlivosti v nemocniciach v SR. Nemocnice sú povinné nahlasovať zdravotným poisťovňam počet pacientov s dekubitmi, ktoré vznikli počas hospitalizácie. Nahlasíť však vyššie, pravdivé počty pacientov s preležaninami znamená v prípade tejto skupiny priznať nízku úroveň prevencie, ktorú pacientom poskytovali. Nahlasujú nemocnice všetkých pacientov s preležaninami pravdivo, priznajú nízku úroveň prevencie? Kto posúdi relevantnosť takto nahlásených údajov?

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti nie sú povinné nahlasovať pacientov s dekubitmi, ale nahlasujú ich ako pacientov, ktorým poskytujú starostlivosť a uvádzajú dekubit ako príčinu starostlivosti o pacienta. V tejto skupine nie je dôvod zatajiť počet pacientov s preležaninami, lebo ADOSy liečia práve následky nedostatočnej prevencie, ktorú nespôsobili. Indikujú však ADOS-y pacientov s preležaninami správne, alebo podľa niektorých náznakov, potrebujú finančne prekryť aj inú starostlivosť o pacienta fiktívnou preležaninou? Kto posúdi relevantnosť takto nahlásených údajov?

Napriek týmto pravdivým alebo nepravdivým údajom veríme, že na Slovensku sa raz skutočnú prevalenciu a incidenciu dozvieme, ak budeme mať k dispozícii relevantné parametre. Musí na tom v prvom rade záležať nám sestram, sestram špecialistkám, manažérkam, aby sme zmenili filozofiu a kultúru porovnávania a merania kvality v ošetrovatelstve. Deklarácia „Stop preležaninám“ nás núti porovnávať sa so svetom a porovnávať vlastné vynaložené náklady na liečbu preležanín s nákladmi na prevenciu pred vznikom preležanín. Prítomnosť pacientov s preležaninami nás núti už dnes, ale aj v budúcnosti sa správať rozumne a efektívne.

Dekubit ako Indikátor kvality nemocníc sa v SR počíta ako pomer pacientov s dekubitmi, ktoré vznikli počas hospitalizácie ku celkovému počtu hospitalizovaných

pacientov v zariadení. Takto nastavený indikátor je nespravodlivý voči menším nemocniciam, zariadeniam, lebo zvyšuje zariadenia, kde je väčší počet chodiacich pacientov alebo pacientov, ktorí nie sú ohrození vznikom dekubitu. Dekubit ako indikátor kvality v Česku majú stanovený spravodlivejšie, je to pomer pacientov s dekubitmi, ktoré vznikli počas hospitalizácie, ku celkovému počtu pacientov v riziku. Rovnako ako české sestry, aj slovenské sestry vedia označiť pacienta v riziku, teda vedia merať dekubit ako indikátor kvality nemocníc, oddelení, zariadení, kde pracujú. Dekubit ako indikátor kvality nemocníc je potrebné v SR upraviť, aby sme si reálnu kvalitu vedeli porovnať.

Porovnávať kvalitu poskytovania starostlivosti je moderné, progresívne a sympatické aj z pohľadu tejto celosvetovej výzvy,

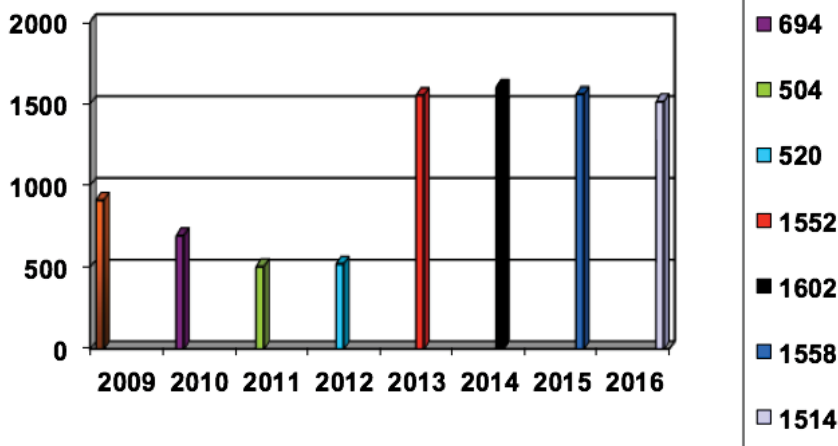
ku ktorej sa hlási aj Slovensko. Asociácia sestier a pacientov ASAP sa ku tejto výzve aktívne pripája už od roku 2013. ASAP sa usiluje monitorovať prevenciu preležanín v SR zbieraním dát a porovnávaním jednotlivých údajov v kontinuite s časom. Zdrojom dát sú všetky zdravotné poisťovne v SR a prieskumný projekt ako napr. „Uroveň prevencie pred vznikom preležanín v nemocniciach v SR“. Projektom „Slovensko bez preležanín“ odštartoval ASAP v roku 2013 celý rad verejných prednášok smerovaných laickej verejnosti, naprieč celým Slovenskom. Prevencii preležanín sa ASAP venoval aj v projekte „Sestry ľuďom“ v brožúrke s názvom „Ako sa postarať o bezvládneho pacienta doma?“ (ASAP, 2014), ktorú bezplatne distribuoval do nemocníc, do domácností, do ADOSov.

Porovnávať kvalitu poskytovania prevencie si môžu takisto medzi sebou jednotlivé oddelenia, jednotlivé zariadenia, nemocnice, ADOSy, parametre kvality prevencie by mali byť pravidelne zverejňované na ich mediálnych stránkach.

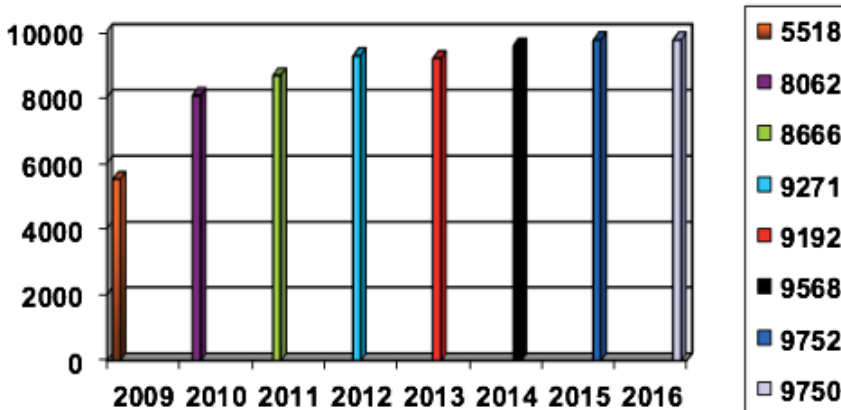
Deklarácia „Stop preležaninám na celom svete ako univerzálne ľudské právo“ z Rio de Janeiro všetkým štátom pripomína, že musia posilniť manažment sestier v starostlivosti o ľudí s rizikom vzniku dekubitu, teda o bezvládných. Vytvoriť priestor pre kvalitné vzdelávanie v súlade s celosvetovými znalosťami, štandardami a zručnosťami v tejto oblasti ošetrovatelstva, napríklad aj vznikom akreditovaného certifikačného štúdia prevencie a liečby chronických rán za účelom benefitu pre pacientov a celú spoločnosť.

Niektoré dôležité aspekty k deklarácii „Stop Preležaninám“ ku 16.11.2017 v SR

- » Preležaniny tvoria vysoké náklady v zdravotníckom systéme a môžu viesť k vážnym etickým dôsledkom a právnickým otázkam pre odborníkov. Ak nie je prevencia správne poskytovaná a vznikne dekubit, má to za následok vážne etické porušenia, vzniká etický problém v oblasti beneficiencia a non-maleficiencia.
- » Ako to prežíva samotný pacient? Ako to prežívajú príbuzní poškodeného? Trauma, ktorú možno vytesniť, alebo si to do konca života nevedia odpustiť. V SR neexistuje kontrola kvality poskytovania prevencie, monitoring



Graf č. 1 Počty pacientov s dekubitmi nahlasované zdravotným poisťovním nemocnicami od roku 2009 do roku 2016. (Zdroj: všetky zdravotné poisťovne)



Graf č. 2 Počty pacientov s dekubitmi v domácnostiach, v soc. zariadeniach, nahlasované prostredníctvom ADOS zdravotným poisťovním od roku 2009 do roku 2016 - všetky ZP spolu, (Zdroj: všetky zdravotné poisťovne)

prevencie. Poškodenie pacienta začína byť aj v SR hrozbou vysúdenia vysokého odškodného.

» Dáta v SR, počet pacientov s preležaninami a náklady na liečbu preležanín, zdroj Všetky zdravotné poisťovne v SR

- Zdravotné poisťovne udávajú za rok 2016 v SR okolo 1500 pacientov s preležaninami vzniknutými v nemocniciach SR, okolo 9750 pacientov s preležaninami v domácnostiach, alebo v prirodzenom sociálnom prostredí. Počty pacientov s preležaninami nemožno spočítať, lebo nevieme,

koľko pacientov bolo presunutých z nemocníc do domácej starostlivosti. Údaje sa prelínajú.

- Náklady na liečbu všetkých pacientov s preležaninami za rok 2014 sa vyšplhali na 8 miliónov eur, zdroj - všetky zdravotné poisťovne spolu.
- Náklady na liečbu pre jedného pacienta pre počiatočné štádium preležanín sú uvádzané v sume od 50-150 eur, zdroj - VŠZP.
- Náklady na liečbu pre jedného pacienta so 4-tým stupňom deku-bitu sú uvádzané v sume od 2000-3000 eur, zdroj - VŠZP.

- Liečba preležanín je dlhodobá, trvá niekoľko týždňov až 3/4 roka
- Účinné náplaste pre liečbu sú nákladné 7-15 eur/ks
- Paradoxne pre prevenciu je dostupný antidekubitálny matrac s kompresorom v cene okolo 35 – 250 eur, pre bezvládneho pacienta v domácnosti hradí v plnej výške zdravotná poisťovňa

*Ing.Mgr.Lubica Kočanová  
predsedkyňa Asociácie  
sestier a pacientov ASAP  
[lubica.kocanova@asapoz.eu](mailto:lubica.kocanova@asapoz.eu)  
[lubka.kocanova@gmail.com](mailto:lubka.kocanova@gmail.com)*

## HYPODERMOKLÝZA HYPERDEMOCLYSIS

### DENISA ŠARKOZIOVÁ<sup>1</sup>, BLANKA BALOGHOVÁ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dom Božieho Milosrdenstva- hospic, Banská Bystrica

<sup>2</sup> Vysokošpecializovaný odborný ústav – geriatrický sv. Lukáša, Košice

#### Abstrakt

Stav pacientov v pokročilých štádiách nevyliciteľných ochorení, najmä seniorov a terminálnych pacientov v paliatívnej starostlivosti, často vyúsťuje do neschopnosti prijať lieky a tekutiny perorálnym spôsobom. Autorky príspevku poukazujú na bezpečnú, jednoduchú a šetrnú možnosť podania tekutín prostredníctvom podkožnej aplikácie - hypodermoklýzy, jej praktický aspekt, výhody i kontraindikácie.

#### Kľúčové slová

Nedostatočný príjem per os, Dehydratácia, Parenterálna aplikácia, Subkutánna aplikácia. Hypodermoklýza.

#### Abstract

The health condition of patient in advanced state who suffer from incurable disease, mainly seniors and terminal patient in paliative care, faces often to disability of accepting drugs and liquids. The authors of contribution point to safe, easy and economical possibility of giving liquids through hyperdermatic application - hyperdemoclysis, its practical view, advantages and contra-indication.

#### Key words

Insufficient of income per os, dehydration, parenteral application, subcutaneous application, hyperdemoclysis.

#### Úvod

Príjem potravy a tekutín patrí medzi základné podmienky ľudského života. Kým však bez potravy človek umiera v horizonte týždňov, bez príjmu tekutín je to horizont dní.

U pacientov v pokročilých štádiách nevyliciteľných ochorení dochádza z rôznych dôvodov (prevažne však kvôli nevoľnosti, vracaniu a celkovej zmätenosti) k zníženiu, alebo úplnej neschopnosti prijať tekutiny perorálne. Takýto stav často vedie k poklesu celkového objemu telesnej vody - k dehydratácii (2). V stave dehydratácie volíme prevažne alternatívu podania tekutín parenterálnou formou, čo je z pozície zdravotníkov často chápané ako vnútrožilové podanie. Preto sú pacienti neraz kvôli aplikácii parenterálnych liekov a hydratácii umiestnení do zdravotníckeho zariadenia, prípadne sa prepustenie do domáceho ošetrovania odkladá. Avšak zaistenie žilového prístupu a jeho udržanie býva často obtiažne. Je to spôsobené nízkou kva-

litou periférnych žíl v dôsledku jednak zmeny ciev v období staroby a jednak fibrosklerotizáciou ciev ako následok onkologickej liečby. V neposlednom rade sa v praxi stretávame so zmätenými pacientami, ktorí si kanylu často vytrhnú, čo je spojené s rizikom krvácania a zápalu a vyžaduje rýchly odborný zásah. Často je teda nutná výmena kanyly a jej kontrola priechodnosti, či známok zápalu (3). Na oddeleniach intenzívnej starostlivosti býva u dehydratovaných seniorov bežnou praxou kanylácia centrálnnej žily, čo možno pokladať za neprimeranú záťaž, ktorú možno riešiť menej náročnejšou alternatívou, ktorou je podkožná aplikácia infúzií - hypodermoklýza(1).

#### Hypodermoklýza

Táto metóda podkožného podávania infúzií bola prvýkrát pravdepodobne použitá na konci 19. storočia v Neapole Cantanim, ktorý v súvislosti s epidémiou cholery zachránil mnoho životov. Zavedením intravenózných kanýl sa táto metóda prestala takmer používať, no v poslednom období nastáva renesancia predovšetkým v oblasti paliatívnej medicíny a geriatrickej (1).

Základnými indikačnými skupinami sú teda **seniori a pacienti v terminálnych štádiách**, aj keď o využití hypodermoklýzy v oboch prípadoch sa môžu viesť diskusie. U seniorov, ktorí sú relatívne v uspokojivom zdravotnom stave, doplnenie hydratácie môže viesť k výraznému zlepšeniu kondície. Naproti pochybnosti vyvoláva práve indikácia hydratácie v terminálnych štádiách alebo priamo u umierajúcich pacientoch, kde má niekedy pozitívny efekt z hydratácie (aspoň jednej infúzie) dopad predovšetkým na rodinu. Všetko je to naozaj otázka diskusií a individuálneho posúdenia pacienta a stavu (1). Všeobecne však platí, že hydratáciu by sme však mali považovať za indikovanú vtedy, keď pacient trpí symptómom súvisiacim priamo s ňou (napr. zmätenosť). V prípade paliatívnej medicíny, kde je našim najvyšším cieľom zachovanie komfortu pacienta, to znamená čo najmenšieho utrpenia, indikáciu hydratácie je potrebné citlivo zvážiť a nielen sa snažiť dosiahnuť vyrovnanú bilanciu tekutín a hodnoty elektrolytov. Prípadný nepríjemný pocit ako je suchosť v ústach (spôsobený liekmi) hneď neriešiť parenterálnou hydratáciou, ale pravidelným čistením a zvlhčovaním dutiny ústnej (3).

#### Výhody hypodermoklýzy (2)

- jednoduchá a bezpečná metóda
- aplikácia je možná aj u zmätených a nepokojných pacientov
- metóda je využiteľná v prostredí zariadení pre seniorov a v domácej starostlivosti

#### Kontraindikácie hypodermoklýzy

- koagulopatie alebo trombocytopenia (pod. 30x10 na 9/l.) s tvorbou hematómov pri s.c. podaní
- extrémna kachexia pri chýbaní podkožného tuku
- generalizované edémy (hypoalbuminémia, anasarka), keď nedochádza k rezorpcii liečiva z podkožia do systémovej cirkulácie
- kožné zmeny po rádioterapii(1)
- poruchy lymfodrenáže (1)

#### Praktické aspekty hypodermoklýzy

K realizácii hypodermoklýzy sa používa najčastejšie ihla s motýlikom s veľkosťou 18 G až 22G-23G, ktorá sa aplikuje do podkožia na prednej strane hrudní-

ka, do brucha, poprípade do ramena, či stehna (3). Aplikácia do stehna a ramena nie je však vhodná u pohyblivých pacientov. Ihlu s krátkou spojovacou hadičkou fixujeme náplastou, a tak môžeme podávať nielen infúzie, ale aj bolusové dávky. Túto ihlu môžeme ponechať na mieste 3-7 dní, pričom si len všimame miesto vpichu. V prípade, že v okolí podávania sa objaví lokálna kožná iritácia, tak ihlu "prepichnete" na iné miesto. V súvislosti s infúznymi roztokmi možno subkutánne podávať izotonické roztoky, ako je fyziologický roztok (1/1Fo), polovičný fyziologický roztok(1/2Fo), 5% roztok glukózy, ako aj Ringerov roztok. Literatúra uvádza aj možnosť podania KCL inj., a to podľa lokálnej tolerancie maximálne v koncentrácii 20-40 mmol/l(2). Rýchlosť podávania je individuálna a závisí predovšetkým od schopnosti vstrebávania, od cieľového objemu tekutín, ako aj od pohyblivosti pacienta, no zvyčajne začíname rýchlosťou 50 ml./hod. V prípade, že vidíme dostatočnú resorpciu z podkožia, túto rýchlosť môžeme navýšiť na 150ml./hod.. Celkovo sa odporúča (čo sa objemu tekutín podaných subkutánne týka) - je možné aplikovať 500-2000 ml/24 hod, a to aj počas nočného spánku (napr.1000ml/8hod.). Najčastejšie spôsoby podávania sú:

- pri kontinuálnej 24 - hodinovej infúzii rýchlosťou 40-60 ml/hod.,
- 10 - hodinovej infúzii počas noci: 80 ml/hod.,
- 2 - hodinovej infúzii: 500ml 2-3x/24 hod (3).

#### Komplikácie hypodermoklýzy (1)

- lokálna kožná iritácia v mieste vpichu, sporadicky prejavy pokračujúceho zápalu
- podkožný edém (pri rýchlej aplikácii väčšieho objemu)
- hematóm
- v raritných prípadoch výrazné krvácanie

#### Subkutánne podanie liekov

Podkožnou aplikáciou môžeme podávať takmer všetky lieky, ktoré sa používajú v paliatívnej medicíne: analgetiká, antiemetiká, anxiolytiká, neuroleptiká, kortikoidy. V prostredí paliatívnej starostlivosti ich možno podávať formou kontinuálnej subkutánnej infúzie, čo pomáha udržiavať vyrovnanú plazmatickú

hladinu. Keďže väčšina liekov sa vyznačujú vzájomnou kompatibilitou, možno ich podať v jednej striekačke spolu. Takáto forma sukutánnej kontinuálnej aplikácie je zabezpečená prostredníctvom infúznej pumpy (tzv. lineárneho dávkovača). V súvislosti s podávaním subkutánnych liekov v bolusoch (1-3x denne) je indikovaná klasická subkutánna injekcia (3).

#### Záver

Podkožná aplikácia tekutín - hypodermoklýza je predstaviteľkou šetrnej, bezpečnej, jednoduchej a predovšetkým komfortnej metódy pre seniorov, ako aj pre pacientov v terminálnych štádiách v paliatívnej starostlivosti. Jej obrovskou devízou je to, že je realizovateľná v zariadeniach pre seniorov, ako aj v domácej starostlivosti. Prevoz, či pobyt v zdravotníckom zariadení za účelom intravenózne rehydratácie znamená pre seniorov a terminálnych pacientov veľkú záťaž s vyčerpaním ich adaptačných mechanizmov. Subkutánna aplikácia im môže zaistiť to, že ostnú vo svojom známom prostredí, s tými, ktorých poznajú, a ktorých majú radi. Táto metóda otvára aj nový rozmer pre potenciál sestier, ktorý môžu vo svojej praxi využiť.

#### Zdroje

1. KALA M. Komplikace podkožního podávání infuzí v paliativní péči a možnosti jejich řešení. *Interní medicína*.2013,roč.15, č.1, s.36-37. ISSN - 1803-5256
2. SLÁMA O; KABELKA L.; VORLÍČEK J..Paliativní medicína pro praxi.Praha:Galén,2007,s 365. ISBN 978-80-7262-505-5
3. SLÁMA O., Podkožní aplikace léku a tekutin v paliativní medicíne. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. 2008, roč.1(2),str.64-66. ISSN 1339-4193

#### Kontakt na autorov

Mgr. Denisa Šarkoziová  
Dom Božieho milosrdenstva – hospic,  
Banská Bystrica  
[enisasarkoziova5@gmail.com](mailto:enisasarkoziova5@gmail.com)

#### Bc. Blanka Baloghová

Vysokošpecializovaný odborný ústav –  
geriatrický sv. Lukáša, Košice  
[lanka.litv@gmail.com](mailto:lanka.litv@gmail.com)

## OBÉZNY PACIENT A ANESTÉZIA PATIENT OBESITY AND ANESTHESIA

**L'UBICA TRNKOVÁ**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

### Abstrakt

Obezita je závažné, progresívne, chronické, recidivujúce, multifaktoriálne podmienené ochorenie. Je považovaná za chorobu a súčasne ako rizikový faktor podieľajúci sa na vzniku mnohých ďalších ochorení. Ide o celosvetovú pandémiu. Obezita je problém dotýkajúci sa rôznych medicínskych odborov. Niektoré z nich riešia príčiny obezity alebo jej komplikácie. Úlohou anestéziologického tímu je riešiť perioperačný postup, vrátane vedenia anestézie pri interkurentných ochoreniach a stavoch, ktoré s obezitou môžu alebo nemusia súvisieť. U obézneho pacienta nie je žiadna anestetická technika bez rizika. Každý operačný zákrok a spôsob vedenia anestézie môže navodiť situáciu, ktorá môže byť pre pacienta nepriaznivá.

### Kľúčové slová

Obezita. Anestézia. Komplikácie. Rizikové faktory.

### Abstract

Obesity is a serious, progressive, chronic, recurrent, multifactorial condition. It is considered as a disease and at the same time as a risk factor contributing to many other diseases. This is a worldwide pandemic. Obesity is a problem affecting various medical disciplines. Some of them address the causes of obesity or its complications. The task of the anesthesiology team is to deal with the perioperative procedure, including conducting anesthesia for intercurrent illnesses and conditions that may or may not be related to obesity. There is no anesthetic technique in

the obese patient without risk. Each surgery and method of conducting anesthesia may induce a situation that may be unfavorable to the patient.

### Key words

Obesity. Anesthesia. Complications. Risk factors.

### Úvod

Obezita ako multifaktoriálne podmienené ochorenie vzniká v dôsledku interakcie genetických predispozícií s faktormi vonkajšieho prostredia. Intenzívny výskum v etiopatogenéze obezity potvrdzuje, že celosvetovým nárastom tohto ochorenia je predovšetkým spôsobený faktormi vonkajšieho prostredia. Na vzniku obezity sa podieľajú biologické, demografické, sociálne a ekonomické faktory, ale i vplyv prostredia.

Obezita je závažné chronické, recidivujúce, multifaktoriálne podmienené ochorenie, ktoré je treba chápať ako chorobu a súčasne ako rizikový faktor podieľajúci sa na vzniku mnohých ďalších ochorení, charakterizované nadmerným hromadením telesného tuku vo vzťahu k svalovej hmote s ohľadom na vek, výšku a pohlavie. Považuje sa za druhý najčastejší rizikový faktor predčasnej smrti. Svetová zdravotnícka organizácia označila obezitu za globálnu epidémiu, ktorá predstavuje jeden z najväčších zdravotných problémov súčasnosti. Nadváha a obezita sú zodpovedné za asi 80% prípadov diabetes mellitus 2. typu, 35% ischemickej choroby srdca a 55% hypertenznej choroby medzi dospelými v Európe. Je ziste-

né, že jedno z 13 úmrtí ročne v EÚ je pravdepodobne spôsobené nadmernou telesnou hmotnosťou (1, 2, 3). Obezita je dnes uznávaným nezávislým rizikovým faktorom pre vznik kardiovaskulárnej, ale i onkologickej morbidity a mortality. Determinanty ovplyvňujúce vznik a rozvoj nadváhy a obezity sú predovšetkým nezdravý životný štýl, nesprávne stravovacie návyky, nevyvážený príjem a výdaj energie, nedostatok pohybovej aktivity, sedavý spôsob života a stresová záťaž. Obezita je choroba spôsobená fyziologickou dysfunkciou organizmu vplyvom prostredia, správania, endokrinných porúch, genetiky. Na regulácii telesnej hmotnosti sa podieľa hypotalamus, leptin, grelin, sympatický a parasympatický nervový systém (NS), inzulín, neuropeptid Y (4, 5).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie a Institute Of Medicine sa telesná hmotnosť hodnotí podľa výpočtu BMI (body mass index)  $BMI = \text{telesná hmotnosť v kg} / \text{výška v m}^2$ , ktoré sa od seba mierne odlišujú. Svetová zdravotnícka organizácia rozdelila na základe hodnoty BMI nadváhu a obezitu do niekoľkých stupňov podľa závažnosti zdravotného rizika (2, 4).

Metabolické a kardiovaskulárne riziká obezity v značnej miere súvisia s množstvom uloženého tuku v dutine brušnej okolo vnútrobrušných orgánov a na peritoneu, ktorý charakterizuje zvýšený obrat voľných mastných kyselín a ich zvýšený tok do pečene. Pomocou určenia **obvodu pásu** je možné určiť množstvo abdominálneho tuku. Obvod pásu



klasifikácia	BMI kg/m <sup>2</sup>	Riziko komplikácií obezity
podvýživa	< 18,5	priemerné
normálna hmotnosť	18,5 – 24,9	nízke riziko iných chorôb
nadváha	25,0 – 29,9	mierne zvýšené
obezita I. stupňa	30,0 – 34,9	stredne zvýšené
obezita II. stupňa	35,0 – 39,9	veľmi zvýšené
obezita III. stupňa	> 40	vysoké

Tabuľka 1: Klasifikácia obezity podľa BMI (Zdroj: 1, 4)

obvod pásu	zvýšené riziko	vysoké riziko
ženy	väčší ako 80 cm	väčší ako 88 cm
muži	väčší ako 94 cm	väčší ako 102 cm

Tabuľka 2: Klasifikácia abdominálnej nadváhy a obezity podľa obvodu pásu pre kaukazskú populáciu (Zdroj: 4)

lepšie odráža riziko vzniku zdravotných komplikácií. Významné miesto pri určovaní nadváhy a obezity má aj kvalitatívna klasifikácia, čiže rozlišovanie typu obezity menej a viac závažnej, kde sa zohľadňuje aj rozloženie telesného tuku, takzvaný gynoidný a androidný typ, čiže obezita ženského typu (tvar hrušky s kumuláciou tuku v oblasti bokov a stehien) a mužského typu (tvar jablka, kde je tuk nahromadený hlavne v oblasti brucha). Tieto typy však nie sú jednoznačne viazané na určité pohlavie. Abdominálna obezita predstavuje rizikový faktor pre následné závažné kardiovaskulárne príhody. Štúdia IDEA na Slovensku poukázala na vysokú prevalenciu abdominálnej obezity. Prevalencia hlavných rizikových faktorov (hypertenzia, hyperlipidémia, diabetes mellitus) sa zvyšuje so zväčšovaním sa obvodu pásu. Zvyšuje riziko inzulínovej rezistencie, metabolického syndrómu, diabetu

2. typu a následne zvýšenej kardiovaskulárnej mortality, ale aj celkovej mortality zo všetkých príčin (1).

Obezita je problém dotýkajúci sa rôznych medicínskych odborov. Niektoré z nich riešia príčiny obezity alebo jej komplikácie. Úlohou anesteziologického tímu je riešiť perioperačný postup, vrátane vedenia anestézie pri interkurentných ochoreniach a stavoch, ktoré s obezitou môžu alebo nemusia súvisieť. Každý operačný zákrok a spôsob vedenia anestézie môže navodiť situáciu, ktorá môže byť pre pacienta nepriaznivá. Anestéziológ by mal poznať všetky možné ohrozenia stavu pacienta počas operačného výkonu a anestézie, včas a efektívne ich riešiť alebo ich minimalizovať. Anestéziológ rieši aj závažné život ohrožujúce pridružené ochorenia, eventuálne exacerbované komorbidity u morbidne obézneho pacienta, pričom už samotné anatomické a fyziologické zmeny v obezite

výrazným spôsobom komplikujú intenzívnu a anesteziologickú starostlivosť na každej jej úrovni. Morbidna obezita zasahuje do fyziológie organizmu, vyžaduje multidisciplinárny prístup medicínskeho manažmentu. Problematickým a rizikovým sa stáva skoro každý výkon a procedúra v liečebnom a diagnostickom procese, čo predstavuje zvýšené riziko pre samotného pacienta v zmysle možných komplikácií (6).

V rámci perioperačného manažmentu je dôležité dôkladné predoperačné vyšetrenie s identifikáciou pridružených ochorení, určenie celkovej a aktívnej telesnej hmotnosti, ktoré sú dôležité pre výpočet dávky liekov podávaných pred, počas a po anestézii, určenie spôsobu anestézie – celková alebo regionálna, a tiež plánovanie pooperačnej starostlivosti (7). Predoperačné vyšetrenie je kľúčovou zložkou hodnotenia rizika a manažmentu obézneho pacienta. Dôležitá je aj včasná komunikácia členov zdravotníckeho tímu, príprava a plánovanie operačného výkonu, čo si vyžaduje dostatok času, prostriedkov a personálu. Pacienti v rámci predoperačnej prípravy musia mať zmeranú hmotnosť a výšku. Hmotnosť a výška, BMI musia byť zaznamenané v dokumentácii pacienta, nie je vhodné spoliehať sa na údaj od pacienta. V rámci predoperačného vyšetrenia je potrebné zamerať sa na kardiovaskulárny systém, zmeny tlaku krvi, dýchací systém, spôsob vhodného zabezpečenia dýchacích ciest, posúdiť riziká metabolického syndrómu, určiť AHI skóre (index apnoe/hypopnoe, vyjadrujúci počet apnoe/hypopnoe za minútu) obštrukčné spánkové apnoe a iné pridružené ochorenia. Predoperačne netreba zabúdať na prevenciu hlbokaj žilovej trombózy. Doporučuje sa bandáž dolných končatín s intermitentným pneumatickým stláčaním a podávanie nízkomolekulového heparínu podľa ordinácie lekára pred aj po operácii. Predoperačná medikácia má zmenšiť strach, sledovať pacienta pred samotným výkonom, potlačiť reflektorické reakcie a znížiť

perioperačnú spotrebu anestetík. Silná sedácia nie je vhodná, nakoľko môže vyvolať depresiu dýchania. Vhodná je premedikácia v tabletkovej forme per os. Ak je to možné, treba sa vyhnúť intramuskulárnemu podaniu premedikácie, keďže sa lieky dostávajú do tukového tkaniva a nie do svalu (Gašparec, Tomová, 2015). Pacient by minimálne 8 hodín pred operačným výkonom nemal jesť tuhú potravu. U obézneho pacienta je pomalšie vyprázdňovanie žalúdka, znížený tonus dolného ezofagiálneho sfinktera a zvýšené riziko aspirácie obsahu žalúdka do pľúc. U neliečených pacientov s refluxom sa doporučuje pred a pooperačne aplikovať antacidá. Dostatok pozornosti je potrebné venovať príprave zabezpečenia dýchacích ciest, polohe pacienta počas intubácie. Zabezpečenie dýchacích ciest sťažuje zväčšený obvod tváre, krku, hrudníka, väčší jazyk, prebytočné tukové tkanivo vo faryngu a menší faryngeálny priestor, ťažšie predýchanie a rýchla desaturácia. U morbidne obéznych pacientov je dôležitá dostatočná predintubačná preoxygenácia, najideálnejšie pri zdvihnutí hlavy o 25°, kedy by mali byť ramená v addukcii, čo zlepšuje nielen intubačné podmienky, ale aj prístup k dutine brušnej. Pred indukciou do anestézie by mala byť hlava a hrudník obézneho pacienta vo zvýšenej polohe. HELP pozícia s podložením pacienta pod ramená a chrbát zlepšuje spontánnu pľúcnu ventiláciu, umožňuje ľahšiu manuálnu ventiláciu maskou, zlepšuje vizualizáciu hrtana a zvyšuje rýchlosť tracheálnej intubácie. Po úspešnom tracheálnom zabezpečení dýchacích ciest pacienta prepohujeme na chrbát, alebo do litotomickej polohy. Hypoxémia pri úvode do anestézie u morbidne obézneho pacienta je vždy problém. U obézneho pacienta sa kombinuje znížená funkčná reziduálna kapacita a zvýšená metabolická aktivita, ktorá má za následok rýchlu kyslíkovú desaturáciu. Každý pacient musí byť pred úvodom do anestézie dostatočne preoxygenovaný. Taktiež je vhodné použiť PEEP (pozitívny tlak na konci výdychu). Počas intubácie je vhodná nazofaryngeálna insuflácia

kyslíka o prietoku 5 l/min. Pri endotracheálnej intubácii je často potrebná fibroskopia. Opakované otváracie manévry pľúc počas operácie sú vhodné ako prevencia atelektáz. U pacienta s morbidnou obezitou je niekedy potrebná umelá pľúcna ventilácia, tlaková podpora s pozitívnym tlakom na konci výdychu už pred operáciou, mierny PEEP počas anestézie. Doporučuje sa rýchly úvod do anestézie, ktorý by mal prebiehať priamo v operačnej sále, čím sa minimalizuje pohyb s obéznym pacientom v anestézii. Indukcia anestetikom sa vykonáva v polohe na chrbte, prípadne v polosedě.

Okrem monitorovania záklaných životných funkcií sa doporučuje monitoring pulznej oxymetrie, kapnografie, úroveň svalovej relaxácie a telesnej teploty. Meranie krvného tlaku vyžaduje použitie manžety správnej veľkosti. Pri dlhšie trvajúcich zákrokoch je vhodné monitorovať invazívny tlak krvi, čo v prípade potreby umožní aj odber arteriálnej krvi na vyšetrenie (7, 8).

Poloha pacienta počas operácie je daná druhom zákroku a prihliadnutím na anestéziologické riziko. Pri výbere operačnej polohy sa rešpektuje požiadavka operátora, anestéziológa, no často sa zabúda na záujem a pohodu pacienta. Pokiaľ má anestéziológ o operačnej polohe pochybnosti, hrozí sťažené monitorovanie a udržiavanie vitálnych funkcií, musí upozorniť operátora, ktorý zvaží operačný postup, za ktorý nesie právnu a lekársku zodpovednosť. Úvod do anestézie u pacienta sa vždy vykonáva v polohe na chrbte.

Za zmenu polohy pacienta počas operačného výkonu a jej uskutočnenie taktiež zodpovedá operátor. Anestéziológ je zodpovedný za polohovanie pacienta od úvodu do anestézie po požadovanú polohu, a taktiež zodpovedá za peroperačnú kontrolu končatín potrebných pre monitorovanie a aplikáciu infúzií a liekov. Taktiež zodpovedá za preloženie pacienta po operácii až do konca poanestéziologického sledovania.

Pacient s komorbiditami by mal byť extubovaný pri plnom vedomí, čomu predchádza rýchly, bezpečný a hladký prechod z riadenej ventilácie na spontánnu ventiláciu.

Prebúdzanie spontánne dýchajúceho obézneho pacienta by malo prebiehať v polohe semi-ležiacej, reverznej Trendelenburgovej. Poloha „hlava hore“ uvoľní hmotnosť intaabdominálneho obsahu z diafragmy. Poloha v obrátenej Trendelenburgovej pozícii u morbidne obéznych pacientov zabezpečuje zvýšenú pľúcnu stabilitu, funkčnú reziduálnu kapacitu a okysličovanie ako v polohe na chrbte. Ak je obézny pacient hemodynamicky stabilizovaný, dokončenie operácie, anestézie a extubácia by mala byť vykonaná v semi-ležiacej polohe 30° – 40° (1, 7).

Zmenené anatomické orientačné body využívané pri centrálnej kanylácii, ale i krátke ihly komplikujú zaistenie žilového prístupu. U obézneho pacienta je dávkovanie liekov ovplyvnené zmenou distribučného objemu, metabolizmom pečene a clearance. Pre určenie dávky liekov je potrebné poznať celkovú telesnú hmotnosť (TBV) obézneho vyjadrenú v kilogramoch, ideálnu telesnú hmotnosť (IBW), ktorú vypočítame podľa vzorca  $IBW (kg) = \text{výška (cm)} - x$  ( $x = 100$  pre dospelého muža,  $x = 105$  pre dospelú ženu) a aktívnu telesnú hmotnosť (LBW), ktorú vypočítame u mužov  $LBW = 1,1 \times \text{hmotnosť} - 128$  ( $\text{hmotnosť} / \text{výška}^2$ ) a u žien  $LBW = 1,07 \times \text{hmotnosť} - 148$  ( $\text{hmotnosť} / \text{výška}^2$ ) (1).

Dávkovanie anestetik je potrebné voliť podľa rozpustnosti v tukoch. Treba mať vždy na mysli, že anestetiká aj analgetiká ovplyvňujú dýchanie pacienta. Pri aplikácii svalových relaxancií je potrebné zohľadniť dĺžku operačného zákroku, aby sa tak čo najideálnejšie minimalizovala reziduálna kurarizácia pri prebúdzaní. Použitie liekov má zabezpečiť adekvátnu stabilitu pacienta a minimalizovať riziko desaturácie. Anestézia môže byť vedená inhalačne, venózne alebo potencovane (7).

U obézneho pacienta nie je žiadna anestetická technika bez rizika. Napriek rizikám je morbidita a mortalita u obézneho pacienta nižšia pri regionálnej anestézii ako pri celkovej anestézii. Pri regionálnych anestéziách u obéznych sa môžu vyskytnúť komplikácie, ako napríklad nemožnosť vyhmatať strednú čiaru a medzistavcový priestor, narušená distribúcia lokálnych anestetík, falošná pozitivita pri strate odporu pri lokalizácii epidurálneho priestoru, napichnutie epidurálnej vény, ale i zlyhanie epidurálnej anestézie. Dávky podávaných lokálnych anestetík sa redukujú na cca 75% normálnej dávky. Výskyt pooperačných, najmä respiračných komplikácií, je u obéznych pacientov s regionálnou anestéziou nižší ako u pacientov v celkovej anestézii. Kontinuálne epidurálne bloky sú výhodné aj na podávanie analgetík pooperačne, čo umožní včasnú pooperačnú rehabilitáciu (1, 7).

V pooperačnom období je dôležitý manažment bolesti a monitorovanie pacienta. U pacientov s obštrukčným spánkovým apnoe je zvýšená citlivosť voči opioidom. Zotavovanie obézneho pacienta po anestézii je často predĺžené. Pacienti sú ohrození aspiráciou, obštrukciou dýchacích ciest následne po extubácii. Vhodné je pacienta čo najrýchlejšie zobudiť. Pooperačná nauzea a zvracanie sú najčastejšie komplikácie po anestézii, ktoré sa objavujú v prvých 2 hodinách po operácii. Profilaxiou je vhodne zvolená premedikácia, obmedzenie stimulácie farynxu alebo vhodne vedená anestézia. Pridružené ochorenia ovplyvňujú pooperačný manažment. K najčastejšie vyskytujúcim sa pridruženým komplikáciám zaraďujeme diabetes mellitus, hypertenziu, ischemickú chorobu srdca, metabolický syndróm, fajčenie, asthmu bronchiale, obštrukčné spánkové apnoe, hypoventiláciu, malígne ochorenia, osteoartrózu, ale i včasné úmrtie (9, 10).

Problémy súvisiace s obezitou však nie sú obmedzené len na pridružené ochorenia. Morbídne obézni pacienti

sú príliš veľkí pre štandardné zariadenia (invalidné vozíky, operačné stoly, vyšetrovacie stoly MR, CT, chirurgické nástroje). Taktiež je potrebné dostatok personálu na manipuláciu s obéznym pacientom. Použitie mechanických pomôcok zabraňuje zraneniam jednak pacienta, jednak personálu (9).

V rámci pooperačnej starostlivosti je potrebné dlhšie zotavovanie na dospávacej izbe, nakoľko hrozia pooperačné komplikácie súvisiace predovšetkým s dýchaním, eventuálne pacienta dosledovať na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) alebo jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS). Pacient by mal byť extubovaný pri vedomí, s dostatočnou svalovou silou. Najčastejšie komplikácie s dýchaním po operácii vznikajú po operáciách na hornom gastrointestineálnom trakte (GIT-e) a pri dvoj dutinových operáciách. Morbídne obézny pacient by mal byť včas mobilizovaný.

### Záver

Pooperačný manažment obézneho pacienta má svoje špecifiká a je potrebné dodržiavať protokoly Helsinskej deklarácie o bezpečnosti anestézií a kontrolný protokol Svetovej zdravotníckej organizácie pre bezpečný operačný výkon, aby sa predišlo riziku vzniku perioperačných komplikácií na minimum. Poznanie rizikových faktorov, adekvátne pripravený pacient a personál tvorí základ pre minimalizovanie komplikácií u tejto skupiny operovaných pacientov (7, 8).

### Zdroje:

1. HAINER, V. a kol. Základy klinické obezitologie 2., prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada Publishing 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
2. VOLP, A. C. P. et al. Energy expenditure: components and evaluation methods. *Nutricion hospitalaria*, 26(3), s. 430-440.
3. MIKUŠOVÁ, K. Doporučený postup: Poradenství snižování nadváhy a léčba obezity. 2010, Česká lékárnická komora, [online

15-03-2015] Dostupné na: [http://www.lekarnici.cz/getattachment/Pro-verejnost/PORADENSTVI---KONZULTACE-%28%29/Sni-zovani-nadvahy-a-lecba-obezity/DP\\_PORADENSTVI-SNIZOVANI-NADVAHY.pdf.aspx](http://www.lekarnici.cz/getattachment/Pro-verejnost/PORADENSTVI---KONZULTACE-%28%29/Sni-zovani-nadvahy-a-lecba-obezity/DP_PORADENSTVI-SNIZOVANI-NADVAHY.pdf.aspx)

4. TRNKOVÁ, Ľ. 2011. Pandémia menom obezita. Rigorózna práca. 2011, Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. 87 s.
5. MATULNÍKOVÁ, Ľ. Manažment pohybovej aktivity v prenatálnej starostlivosti u tehotnej ženy s obezitou. Bakalárska práca, Katolícka univerzita v Ružomberku, 2013. 65 s.
6. KRBILA, Š., SOBOŇA, V. 2015. Morbídne obézny pacient na jednotke intenzívnej starostlivosti. In: *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 2015, 4(2): s. 70 – 74. ISSN 1339-0155.
7. GROCHOVÁ, M., TRENKLER, Š., FIRMENT, J. 2013. Perioperačný management u obézneho pacienta. In: *Anestéziológia a intenzívna medicína*. 2013; 2(2): s. 58-63. ISSN 1339-0155.
8. GAŠPAREC, P., TOMOVÁ, Z. 2013. Obezita a anestéziologická starostlivosť. In: *Klinická obezitológia*. Brno. Facta Medica. 2013. s. 274 – 283. ISBN 978-80-904731-7-1.
9. KUNEŠOVÁ, M. et al. 2016. Základy obezitologie. Praha: Galén, 2016. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.
10. SINHA, A. C., ECKMANN, D. M. 2010. Anesthesia for bariatric surgery. In: *Millers anesthesia*, 7th edition, USA, 2010, Ch 64, ISBN 978-0-443-06959-8.

### Kontakt

*PhDr. et Mgr.Trnková Ľubica*

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave*

*E-mail: [lubicatrnkova@azet.sk](mailto:lubicatrnkova@azet.sk)*

SOŇA HÁJKOVÁ

Fakultní nemocnice Motol, Praha

### Úvod

Téma ošetrovatelská péče o mediálně známou osobnost – nejčastěji používaný termín VIP pacient, může být záračející, úsměvné, u někoho může vyvolat pobouření. Vždyť všichni pacienti jsou si rovni. Po stránce anatomické jsou stejní. Tak proč jsou „ti VIP“ přeci jen trochu jiní? Motivací pro zvolení tématu byla vlastní zkušenost s velmi důležitou osobou – dále jen VIP pacient. Téma nás zaujalo svou jedinečností. V pohledu do minulosti byly VIP pacientům vystavěny celé zdravotnické komplexy. Ty doby jsou již minulostí, pacienti zůstávají. Proč tedy nehovořit o tak vážném tématu, které je nutno prezentovat! V dnešní moderní době přesytené mediálními možnostmi je téma více než žádoucí. Medializace se významnou měrou podílí na zviditelňování osobností a mnohokrát novinářská etika stojí na hraně zákona. Jak situaci vnímá ošetřující personál? Jsou sestry dostatečně seznámeny jak komunikovat s VIP pacientem? Ve světě je téma VIP pacient podstatně více prezentováno. Domníváme se, že je to jeden z prostředků jak předcházet nepříjemným konfliktním situacím.

### Mediálně známá osobnost

Pro mediálně známé osobnosti v rolích pacientů je nepoužívanější a nerozšířenější pojem VIP pacient. Kde vznikl název VIP? Kdo ho první použil? Byl to W. Churchill ve své funkci ministerského předsedy. Takto označoval složky svých úředních listin, které se týkaly důležitých úředních osobností nejvyšší úrovně. Tato tři písmena podtrhávala vážnost a důležitost těchto osob v jeho úřadu. V roce 1964 psychiatr W. Weintraub definoval VIP syndrom jako ucelený soubor ve své publikaci „*The VIP syndrome*“. Pod názvem VIP – „*very important person*“ – velmi důležitá osoba se rozumí lidé z oblastí šoubyznysu, sportu, vysokých politických funkcí, vojenských hodností a další. Jsou to oso-

by nejčastěji mediálně známé. Považují se za velmi důležité, jedinečné ve svém prostředí. Mají výjimečný talent, jsou schopni vytvořit nové sportovní rekordy. Dojednat mírové podmínky, zaujmout světově sledovanými vlakovými loupežemi, pohádkovým zbohatnutím na informačních technologiích, svým aristokratickým rodokmenem. Mohou ale mít srovnatelný VIP význam jen pro svou rodinu a pracovní tým. Často zde není připravena dokonalá půda pro rozvoj partnerského vztahu mezi zdravotníkem, pacientem a jeho doprovodným týmem. Tato skutečnost je velmi zatěžující s psychologickým podtextem. Je ovlivněna komunikace. Trpí psychika zdravotníků ve snaze, aby vše bylo podle speciálních přání VIP osobnosti, s maximálním úsilím vyvarovat se sebemenší chybičky (2). V roce 2007 projednali téma VIP syndrom a VIP pacienta lékaři E. Mariano a Mc. Leod (Phoenix, USA – Center of Executive Medicine). Téma se stalo samostatnou postgraduální vzdělávací kapitolou v 2007 Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine (3). VIP syndrom dle E. Mariano a Mc. Leod má čtyři základní charakteristické rysy: vyžaduje péči místem a časem dle vlastních dispozic, vede k mimořádným opatřením z pohledu zdravotníků, může působit zastašující dojem, zdravotníci se chtějí vyvarovat nelibosti a dosáhnout nejen souhlasu, ale i zřejmého uspokojení (4). Tím je zdůrazněna vážnost tématu, nutnost uvést do povědomí zdravotnických pracovníků určité rozdíly, umět předpokládat a předcházet konfliktním situacím a střetům zájmů. Vyvarovat se sub-optimální až kontraproduktivní ošetrovatelské péči, frustraci sester, jejich vyhoření, destrukci, hierarchii osobních a etických hodnot. Je třeba si uvědomit, že téma není jen „nafouknutá bublina“ dnešní doby.

**Mediální síla:** Nezanedbatelnou roli hrají media, manipulují neuvěřitelnou silou,

kteřou lze ovlivnit širokou veřejnost. Nežádoucí medializace bývá velkou přítěží. Bezostyšná vynalézavost bulvárních tisků se zkrasleně, nepravdivě a neeticky podáváním informací včetně fotografií je velkou psychickou zátěží pro zdravotníky, pacienta i pro jeho doprovod. Tato skutečnost se může odrazit i na vztazích na pracovišti, obzvláště pak při nepříznivé prognóze pacienta, kdy jsou vyhledávány stále nové a nové alternativní metody léčby. Oslovování stále „lepších“ odborníků, výběr ošetřujících sester, fyzioterapeutů. Nejsou výjimečné zvláštní nároky, stížnosti i výměny ošetřujících sester na pacientovo přání. Jsou zvaní léčitelé a doporučovány alternativní postupy. Ani tyto aspekty nemusí VIP pacienta uspokojit a snadno může vést k frustraci celého ošetrovatelského. Frustrace se podstatně méně projeví u posádek přednemocniční neodkladné péče a v týmu zdravotníků urgentních příjmů. Rozdíl je dán časovým omezením, krátkou ošetrovací dobou.

**Kategorie VIP osob:** Postupem času se rozčlenilo osm hlavních skupin VIP pacientů. Byly uvedeny jejich charakteristické rysy, které mohou pomoci zdravotníkům odhalit modely chování v jejich životně náročných situacích. Modely poodhalují i chování jejich rodinných příslušníků a celého doprovodného týmu. Snahou je předcházet nedorozuměním ze stran zdravotníků a tím nastartovat a připravit nejvhodnější podmínky pro týmovou spolupráci, pochopit nutnost utajování a speciální ochrany. Drábková a kolektiv definují kategorie VIP pacientů takto:

1. Původní význam VIP – velmi důležitá a velmi vlivná osoba ve vysokém vládním, diplomatickém, armádním postavení; nemusí být veřejnosti známa, význam jejího funkčního zařazení je nezpochybnitelný, ale může být i zakrýván.

2. Celebriety – obecně známí sportovci, zpěváci, frontmeni oblíbených skupin, módní či trvalé vzory zejména pro mládež i dospělé fanoušky.
3. Negativní celebrity – často z kriminálního prostředí (Kajíněk).
4. Případy a jedinci výjimeční svým osudem, problémovým stonáním, skandálními zpracováními a podobně.
5. Enormně bohatí jedinci.
6. Tzv. „potentáti“ a členové jejich rodin a jejich doprovodu – často z odlišných etnik a rozdílného kulturního zázemí, víry, požadavků.
7. Lékaři a sestry, oblíbení a významní v domácí medicíně, ve své nemocnici.
8. Jedinci považovaní rodinou a jejich nejbližším okolím za výjimečně nadané, zasloužilé, statečné - „local hero“.

Soubor kategorií ukazuje, že pojem VIP pacient neznamená jen známou tvář z televizní obrazovky. VIP pacientem se lehce můžeme stát. V případě známých osobností poukážeme a zdůrazňujeme, že pacienti jsou na hranici mediálně – medicínského zájmu (3).

**Původní kategorie:** Do první kategorie VIP osob - velmi důležitá osoba, můžeme zařadit osoby ve vysokém i bývalém vládním postavení. Jako příklad uvádíme hospitalizaci pana exprezidenta Václava Havla. O jeho hospitalizaci byly mediálně podávány zprávy. Byla vydávána prohlášení ústy tiskové mluvčí daného zdravotnického zařízení. Tyto zprávy lze dodatečně dohledat. Byly medializovány s pravidelností a v případě jakékoliv změny měly své místo v denním zpravodajství kdykoliv. Nebyly výjimkou zprávy odpovídající na kvalitu spánku a jiné. Pan exprezident Václav Havel byl jen jedním z pacientů této kategorie, o jehož zdravotním stavu v případě nemoci je veřejnost informována velmi podrobně. Informace jsou podávány i několikrát denně, i když již nezařadil významnou státnickou funkci.

**Celebriety:** Do skupiny celebrit je možno zahrnout širokou a pestrou paletu mediálně známých osobností z různých oblastí kultury, sportu i jiných. Je to skupina lidí, která má své zastoupení v řadách fanoušků, kteří mají rádi

jejich styl, humor, uznávají jejich dosažené výkony. Jsou pro ně osobními vzory. Zpráva o nemoci, hospitalizaci a v nejhorším případě o úmrtí takové osobnosti dokáže vyvolat vlnu smutku nevídaného rázu. Jako příklad uvádíme „krále popu“ Michaela Jacksona, který zemřel na akutní předávkování Propofolem. Krátce po oznámení kritické akutní příhody u zpěváka a jeho převezení na kliniku UCLA se začaly u budovy shromažďovat davy příznivců. Vchody do budovy musela zajistit bezpečnostní služba (5). Úmrtí „krále popu“ vyvolalo diskuze nejen v řadách fanoušků, celebrit, ale i v řadách lékařů. Je velmi diskutabilní otázka volného užívání této látky.

**Negativní celebrity** často pocházejí z kriminálního prostředí a jsou v zájmu masmedií. Mohou to být úspěšní bankovní lupiči, medializované kauzy válečných zločinců, zlodějí, vrazi, osoby, podle kterých byly zfilmovány příběhy, naznačující i jejich možnou nevinu. Vězeňské nemocnice nebývají vybaveny ARO v dostatečné a někdy tolik žádoucí míře: „Součástí vazební věznice je Nemocnice s poliklinikou, která zajišťuje léčení vězňených osob z celé České republiky na odděleních interních oborů, chirurgických oborů, radiologie a oddělení poliklinických služeb. I zde je pacient neustále střežen zaměstnanci vězeňské služby. V případě nutnosti hospitalizace vězeňských pacientů v civilních nemocničních zařízeních je nutno dodržovat předepsané bezpečnostní pravidla. Po celých dvacet čtyř hodin denně je přítomna vězeňská služba. Doporučuje se nepřístupovat k oknu, mít zatažené žaluzie. Nepouštět neznámé osoby na oddělení, dbát o dostatečnou kontrolu návštěv i vnášených předmětů. Nikdy nevíme pro koho a jak - v negativním slova smyslu, může být uvedený pacient významný, VIP. V dané situaci může být ohrožen i zdravotnický personál. Je nutno dbát na zvýšenou bezpečnost celého týmu.

**Případy a jedinci výjimeční svým osudem,** v názvu uvedení lidé jsou jedinci známí svým osudem. Jejich případy rozpoutaly bouřlivé debaty široké veřejnosti i zdravotnického prostředí. Nebyly ani celebritou, ani ve vysokém vládním postavení. Jejich životní příběh

hy oslovily média, která pak rozpoutala i celosvětové diskuze. Pokud dojde k tak razantnímu soudnímu rozhodnutí, opravdu nemá medicína ve dvacátém prvním století šetrnější, etičtější a profesionálnější způsoby ukončení života?

**Enormně bohatí jedinci:** tito pacienti spadají do kategorie velmi bohatých občanů. Jsou to lidé, kteří ani nemusí být mediálně známí. Světoví podnikatelé, magnáti. Jejich životní úroveň je velmi vysoká a proto také požadují péči na nejvyšší možné úrovni. Vyžadují a vybírají si osobně své ošetřující lékaře, sestry, připravené v kteroukoliv denní i noční dobu na přání pacienta přispěchat, být nablízku, nápomocni. Oni doprovází své pacienty jejich životem, nebývají však odborníky pro akutní kritické stavy. U těchto pacientů se často setkáme se zákazem přístupu nižšímu zdravotnickému personálu do jejich pokojů, apartmá. Mohou mít nemožné až nespílitelné požadavky. Vymáhají si nadstandardní zájem o svou osobu. Často mívají celý doprovodný tým. Mohou nadměrně zdůrazňovat důležitost své osoby.

**Tzv. „Potentáti“** pacienti z této skupiny, jejíž název byl přejat ze zahraniční literatury, jsou lidé, kteří sami o sobě by nebyli výjimeční, jedineční. Často mohou být z odlišných etnik, kultur, rozdílného zázemí a víry. Jsou to členové jejich rodin, kteří se považují za VIP právě svým rodinným, příbuzenským, vztahovým svazkem. Předpokládají, že tento svazek je proslavil. Proto musí být známi veřejnosti, médiím, zdravotnickým pracovníkům. Mnohé situace i jednání svědčí o moderním myšlení managementu nemocnice. Demonstruje vstřícnost, takt a empatii ošetřovatelského personálu. Dokládá, že doby přísně stanovených hodin návštěv, direktivního vedení a zásad s nepřipustnou možností jiných kultur, tradic a rituálů jsou pryč.

**Lékaři a sestry:** Tato skupina VIP pacientů je nám jako zdravotníkům nejbližší, nejvíce ji chápeme a nejlépe se s ní dokážeme ztotožnit. Představují ji spolupracovníci ve zdravotnictví, v oboru. Jsou většinou hospitalizovaní ve „své nemocnici“, na „svých pracovištích“. Veřejnosti a ostatním pacientům jsou

naprosto neznámí. Pro ošetřující personál znamenají vzory, kolegy, přátele. Základním znakem je možnost návštěv prakticky kdykoliv. Je jim umožněn vstup na denní místnost sester, lékařské pokoje. Na místa, kam ostatní pacienti nemají přístup. Nevyžadují žádná speciální opatření, nevyvolávají mediální zájem. Jsou svými kolegy rozmazlováni a hýčkáni. Často to bývají lidé, kteří jsou na svém pracovišti oblíbeni; stali se pacienty svých dlouhodobých kolegů, přátel. Pokud jejich zdravotní stav není vážný a má příznivou prognózu, mohou být i pro ošetřující personál určitým zpestřením a ošetřovatelská péče není psychicky náročná. V opačném případě patří ošetřovatelská péče o těžce nemocné pacienty - kolegy s nepříznivou prognózou k jedné z nejnáročnějších, nejtěžších a nejsmutnějších. V této kategorii nemusíme dokládat žádný příklad, každý zdravotník ví, o čem hovoříme.

„Local hero“, znamená výlučné postavení ve vlastní rodině, ve své komunitě i o malém počtu jedinců. Ve zdravotnickém slova smyslu se může jednat o adorované členy rodiny, o autoritativní otce - zajišťující materiálně rodinu, o milované dítě „ze zkumavky“. O těhotnou s rizikovým těhotenstvím po opakovaných spontánních potraťech, o těhotnou po úmrtí prvního dítěte v důsledku nehody a jiné. Všechny uvedené příklady spojují nadstandardní požadavky na poskytovanou léčebně - ošetřovatelskou péči, protože přání rodinných příslušníků je velmi kategoricky a bezvýhradně zaměřeno na úspěch. **Speciální pacient** soubor uvedených skupin pacientů lze nazvat „speciální pacienti“. V této podobě se prezentují a tak je i vnímá ošetřovatelský tým. Péče o ně je vždy náročná, v určitém slova smyslu lehce odlišná a v neposlední řadě i specifická. Není vždy lehké vyhovět přáním a požadavkům tak, aby byly v souladu s pravidly a chodem oddělení. Nesmí být opomenuta a zanedbána ošetřovatelská etika, zachování rovnosti a soukromí i ostatních pacientů, kteří se mohou cítit „zanedbávání“. Do ošetřovatelské péče vstupuje celá řada stresujících momentů, působících na celý lékařský i sesterský tým. Řeší se otázky jak vyhovět jejich odlišným požadavkům. Jak

zajistit dostatečné a minimálně rušené soukromí. Jak docílit spokojenosti pacienta i jeho rodiny, doprovodného týmu. Ve snaze vyhovět těmto požadavkům nesmí dojít k fatálním chybám (Michael Jackson). Velmi důležitá je otázka dostatečného zajištění pacienta před nežádoucí medializací a samozřejmě mlčenlivost veškerého ošetřujícího personálu. Z důvodu vyvarovat se chybám, hrozící frustraci a možnému syndromu vyhoření ošetřujícího personálu byla vypracována doporučení. Vyjímáme body strategického chování a jednání. Jasná a stručná pokyny: Při transportu do nemocnice co nejrychleji s pacientem do vozu, nevystavovat se pozornosti, ochranku navést do oddělených vozů. Vstup do nemocnice raději zajistit postraním vchodem. Nasadit pacientovi ochranné brýle, které zakryjí jeho identitu. Převést pacienta na sedačce nebo na stretcheru - případně lehátku, přikrýt ho pokrývkou. Doporučit pacientovi, aby si zakryl tvář dlaněmi. Dopraváet pacienta bezpečnostní službou nemocnice, ne osobní ochrankou. V nemocnici na urgentní vyšetření vézt pacienta přikrytého pokrývkou a chodbami bez hustého provozu. Obléci mu jednorázovou chirurgickou pokrývku hlavy nebo ústenku, která zakryje jeho identitu. Odjezd pacienta z nemocnice naplánovat na dobu nejmenšího provozu. Přesun pacienta do osobního, diplomatického vozu nenápadného vzhledu, postraním východem. Interpersonální kontakt zajistit vysílačkami - pro hladký přesun, zajištění výtahů, operační skupiny a jiné. Umístit mediálně známého pacienta do prostředí, kde nebude pozorován osobami, které nemají zdravotnické vzdělání. Zabezpečit jeho osobní věci, aby nebyly rozebírány a zneužívány jako suvenýry. Základní zásadou však zůstává, že vždy musíme mít na paměti aktuální zdravotní stav pacienta a podle něj přizpůsobit požadavky léčebně - ošetřovatelské péče, která musí být profesionální, cílená, nesmlouvavá. Profesionalita zůstává prioritou (5)!

### Závěr

Z předchozího textu vyplývá, že péče o VIP pacienty může být odlišná. Nelze říci, že pokud je o pacienta mediální zájem, je to vždy spjato s nadměrnými, nepřiměřenými nebo nátlakovými poža-

davky. Musíme zdůraznit, že se ve své praxi setkáváme i s nevidanou skromností VIP osobností! Nevyžadují žádné nadstandardní požadavky, jako by toužily a přály si mít pouze nerušenou chvíli klidu v jejich nelehké, až kritické životní situaci. Zároveň důležitost tématu, možná neznalost skupin VIP pacientů, zvolení vhodného přístupu s nátlakem spolupracovníků i rodiny může vést k zbytečným chybám.

### Zdroje

1. PŮSTKOVÁ, Z., VAHALA, Z. *I nám vládli nemocní*. Praha: Práh 1992. 142 s. ISBN 80-900835-8-7.
2. DRÁBKOVÁ, J. VIP pacient, VIP syndrom. In *Referátový výběr anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny*, ISSN 1212-3048, 2009, 56, 4-5, s. 340 - 350.
3. DRÁBKOVÁ, J. 2009a. Fenomén Michela Jacksona a rizika propofolu. In *Referátový výběr anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny*, 2009, Roč. 56, č. 3, s. 231-234, ISSN 1212-3048.
4. DRÁBKOVÁ, J., VONRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., WOLESKÁ, J. VIP pacient jak jednat v akutní situaci medicínsky, psychologicky i takticky? In *Akutní stavy v poučných scénářích a kazuistikách*. Liberec : Technická universita v Liberci ústav zdravotních studií, 2010. s. 26 - 29. ISBN 978-80-7372-591-4.
5. MARIANO, E. C., MCLEOD, J. A. Emergency care for the VIP patient. *Yearbook for intensive care and emergency medicine*, J-LVincent, Springer, Berlín, 2007. s. 969-975 ISBN 3-540-49432-4.
6. TAYLOROVÁ, S., LESTEROVÁ, A. *Umění komunikace*. Praha : Euromedia Group, 2010. 179 s. ISBN 978-80-242-2770-2.
7. ZÁRUBOVÁ, K. Bezpečnost velké nemocnice. In *MOTOL in*, 2011, Roč. 3, č. 1, s. 16-21.

### Kontakt na autora

Mgr. Soňa Hájková

Fakultní nemocnice Motol,

V Úvalu, Praha 5

E-mail: [sona.hajkova@fnmotol.cz](mailto:sona.hajkova@fnmotol.cz)

### PLÁNOVANÉ KONFERENCIE ORGANIZOVANÉ ODBORNÝMI SEKCIAMI SK SaPA A SPOLUORGANIZOVANÉ SK SaPA V ROKU 2018

Bližšie informácie o plánovaných konferenciách odborných Sekcií Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek sú dostupné na webovej stránke SKSaPA [www.sksapa.sk](http://www.sksapa.sk) alebo na portáli HSV SaPA <https://portal.sksapa.sk/>. V prílohách sú dostupné k stiahnutiu aj informácie o konferenciách, prihlášky – návratky a odborný program. Konferencie sú zaradené do systému hodnotenia účasti na odborných vedeckých podujatiach v súlade s Vyhláškou o vzdelávaní 366/2005 v znení neskorších predpisov.

#### III. Vedecká konferencia pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou

Miesto konania: Zvolen  
Termín: **08. 03 – 09. 03. 2018**



#### XIII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva

Miesto konania: Levice  
Termín: **23. 03 – 24. 03. 2018**



#### VIII. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA GERIATRICKÝCH SESTIER S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU



V dňoch 13.-14.10.2017 sa v príjemnom prostredí Tatralandie konala v poradí už ôsma Celoslovenská konferencia geriatrických sestier s medzinárodnou účasťou. Hlavný organizátor podujatia Sekcia sestier pracujúcich v geriatrickej ako organizačná zložka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek pripravovala podujatie za širokej spolupráce s Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek Liptovský Mikuláš, Občianskym združením pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek a Katolíckou univerzitou v Ružomberku. Konferencia organizovaná tak trochu symbolicky v rámci Medzinárodného dňa starých rodičov, sa tešila účasti 70 účastníkov z rôznych častí Slovenska. V rámci medzinárodnej účasti hosťovali sestry z Rakúska.

Na konferenciu boli pozvaní zaujímaví, vzácni hostia - riaditeľka Odboru ošetrovateľstva MZ SR, PhDr. Tatiana

Hrindová, PhDr. Helena Gondárová - Vyhníčková, hlavný odborník pre ošetrovateľstvo MZ SR, prezidentka RK SaPA Liptovský Mikuláš, Bc. Daniela Baníková- Baštigalová, PhDr. Soňa Gáborčáková, poslankyňa NR SR a členka výboru NR SR pre sociálne veci, PhDr. Margita Kosturiková, viceprezidentka SK SaPA pre sestry pracujúce v ne zdravotníckych zariadeniach, Mgr. Renáta Popundová, členka Rady a prezidia SK SaPA, predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v geriatrickej Mgr. Denisa Šarkoziová, Ing. Ján Blcháč primátor mesta Liptovský Mikuláš, PhDr., Katarína Zrubáková, odborná asistentka pre Odbor ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku a Mgr. Viera Gulová, mediátorka štáže v OSS vo Viedni.

Kvalita života seniora v súčasnom systéme starostlivosti“ ako hlavnej témy a *Antibiotická rezistencia u seniorov*

ako podtémy tohto dvojdňového odborného podujatia, naznačovala vysokú páľčivosť i aktuálnu reflexiu. Odborný program bol rozdelený do šiestich blokov, zaznelo 30 odborných prednášok a jedna posterová prezentácia. Prezentácie venovali svoju pozornosť rizikám ošetrovateľskej starostlivosti, metodike riešenia polypragmázie, manažmentu fyzioterapie v zmysle zlepšenia kvality života seniora, zabezpečovanie starostlivosti prostredníctvom Agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti, prínosu edukačnej činnosti v geriatrickej, inováciám v oblasti elektronizácie ošetrovateľskej dokumentácie a v neposlednom rade i protistresovým technikám. V súvislosti s podtémou lektori prezentovali témy o nebezpečných nozokomiálnych nákazách produkujúcich karbapemázy, epidemiologické opatrenia a model prevencie a kontroly v nemocničnej starostlivosti. Najkľúčovejšou témou konferencie bola aktuálna oblasť

dlhodobej starostlivosti. V odbornom bloku zazneli okrem prednášky o princípe dlhodobej starostlivosti aj rôzne postoje a pohľady pri poskytovaní starostlivosti v rámci Domov ošetrovateľskej starostlivosti, Zariadení sociálnych služieb, Domov seniorov. Zaujímavá téma sa pretavila aj do bohatej diskusie, ktorá sa niesla v znamení ošetrovateľského potenciálu sestier.

V rámci konferencie sa konali voľby do výboru Odbornej sekcie. Na základe sčítania hlasov boli do výboru zvolené tieto členky Sekcie:

Mgr. Denisa Šarkoziová, predsedníčka Sekcie

PhDr. Eva Vojanská-Zacharová

PhDr. Zuzana Bukovcová

Mgr. Alena Lomnická

Mgr. Silvia Slobodníková

Keďže podujatie takéhoto druhu je náročné nielen z pozície organizačnej, ale predovšetkým finančnej, organizátori ďakujú za podporu partnerom podujatia, ktorými sú Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Liptovský Mikuláš, Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, Vidra a spol s.r.o, Fresenius Kabi, s.r.o, ARES spol s.r.o, tnTel s.r.o, Hartman Rico spol.s.r.o.

V súvislosti s najaktuálnejšou a najpálčivejšou témou podujatia, ako je dlhodobá starostlivosť a postoj v súvislosti s prepojením zdravotno - sociálnej starostlivosti, účastníci konferencie vyjadrili svoj postoj vyhlásením:

## VYHLÁSENIE

Účastníci VIII. Celoslovenskej konferencie geriatrických sestier konanej 13.-14.10.2017 v Tatralandii v zmysle hlavnej témy konferencie, a tou je Kvalita života seniora v súčasnom systéme starostlivosti, vyhlasujú, že:

- Podporujú myšlienku prepojenia zdravotno - sociálnej starostlivosti a prípravu Zákona o dlhodobej starostlivosti.
- V kontexte poskytovania dlhodobej starostlivosti a v rámci jej dlhodobého udržateľného rozvoja chcú participovať na takej forme starostlivosti, ktorá smeruje k prevencii, podpore zdravia, eliminácii rizík chronicky handicapovaného geriatrického pacienta s maximálnym využitím ošetrovateľského potenciálu sestier.
- Tieto atribúty starostlivosti sú determinované poskytovaním starostlivosti prevažne v Domoch ošetrovateľskej starostlivosti, v Zariadeniach sociálnej, zdravotno - sociálnej (dlhodobej) starostlivosti s komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou.



Účastníci VIII. Celoslovenskej konferencie geriatrických sestier (Zdroj: autor)

*Mgr. Denisa Šarkoziová  
predsedníčka sekcie sestier  
pracujúcich v geriatricii*

## VI. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SEKcie MANAŽMENTU V OŠETROVATEĽSTVE S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

V dňoch 05. - 06. októbra 2017 sa priestoroch Hotela Bešeňová konala VI. Celoslovenská konferencia sekcie manažmentu v ošetrovateľstve s medzinárodnou účasťou, ktorú organizovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Sekcia manažmentu v ošetrovateľstve a Univerzitná nemocnica SNP – Fakultná nemocnica v Ružomberku.

Konferenciu svojou účasťou podporili PhDr. Helena Gondárová – Vyhničkova, dipl. s., hlavná odborníčka MZ SR



**SEKcia MANAŽMENTU  
V OŠETROVATEĽSTVE**

pre ošetrovateľstvo, Mgr. Iveta Lazorová, prezidentka SK SaPA, PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., ministerská sestra, PhDr. Katarína Kačalová, revízná sestra GR Všeobecnej zdravotnej poisťovne, Mgr. Lucia Brozmanová, dipl. s., predsedníčka ošetrovateľského manažmentu Slovenskej spoločnosti sestier, PhDr. Viera Šebeková, PhD. z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v Banskej Bystrici, Mgr. Slavomír Slávik, právny zástupca SK SaPA, sestry samosprávnych





Účastníci VI. Celoslovenskej konferencie sekciu manažmentu v ošetrovatelstve (Zdroj: autor)

krajov, zástupcovia Univerzitnej nemocnice SNP – fakultnej nemocnice v Ružomberku MUDr. Peter Lofaj, PhD., MPH, riaditeľ nemocnice a PhDr. Renáta Darošová, dipl. s., námestníčka pre ošetrovateľskú starostlivosť. Konferencie sa zúčastnili aj kolegyne zo zahraničia, Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D. prezidentka a Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D. zo Spolku vysokoškolsky vzdelaných sestier v Českej republike, p. Andrea Tóth a p. Jakabné Harcsa Erzsebet z Maďarska, a tiež kolegyne z Poľska, p. Dorota Milecka, p. Mária Poltorak, p. Kinda Fecko Gallovcz a p. Wioleta Lavska, riaditeľky ošetrovatelstva.

V rámci hlavných tém konferencie „Efektívny manažment v ošetrovatelstve, Prax založená na dôkazoch, Následná starostlivosť“ bolo pre 220 účastníkov pripravených 28 odborných príspevkov.

Tému aktuálnych problémov v ošetrovatelstve otvorila PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, dipl. s. Informovala o požiadavkách na odbornú spôsobilosť riadiacich pracovníkov v ošetrovatelstve, o aktivitách zdra-

votníckeho výboru NR SR vrátiť sestry na SZŠ ako neodbornom zásahu do povolania sestry, uviedla motivačné faktory v povolaní sestry v súvislosti s nedostatkom sestier, poukázala na potrebu legalizácie činností sestry v pripravovaných kompetenciách sestier a na ďalšie aktuálne témy.

PhDr. Katarína Kačalová v príspevku zameranom na ošetrovateľskú starostlivosť z pohľadu revíznej sestry informovala o problémoch vo vykazovaní zdravotnej starostlivosti a nutnosti venovať väčšiu pozornosť vedeniu ošetrovateľskej dokumentácie v nadväznosti na platnú legislatívu, materiálno -technické vybavenie a personálne zabezpečenie a manažment ADOS. Poukázala tiež na problematiku zdrojov financovania v budúcnosti. Prečo potrebujeme lídrov v ošetrovatelstve bola téma prednášky PhDr. Lukáša Kobera, PhD. Poukázal v nej na líderstvo a vedenie ako dvoch odlišných zručností, položil viacero otázok o budúcnosti ošetrovatelstva a vzdelávaní sestier z pohľadu líderstva, interpretoval návrhy na zmeny v ošetrovatelstve, zdôraznil, že líderstvo je potrebné na všetkých úrovniach ošetrovateľskej praxe s cie-

lom poskytnúť bezpečnú a kvalitnú starostlivosť o pacienta. V príspevku PhDr. Viery Šebekovej, PhD. odzneli názory sestier z praxe na manažérky ošetrovatelstva, a tiež otázky, kto manažuje ošetrovateľskú starostlivosť, a čo absentuje v manažmente ošetrovateľskej starostlivosti so záverom, že úroveň ošetrovateľského manažmentu je podpísaná pod kvalitou poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti.

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p.a. v prezentácii uviedla širší prierez činnosti SK SaPA, aktivity v súvislosti so vzdelávaním a kompetenciami sestier a pôrodných asistentiek, informovala o návrhoch na riešenie nedostatku sestier a výzve preložennej ministrom zdravotníctva o urýchlené riešenie krízového stavu a ďalších aktivitách Komory.

V súvislosti s prípravou novelizácie výnosu o minimálnom personálnom zabezpečení a materiálno -technickom vybavení jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení PhDr. Anna Macková, MPH stručne predstavila súčasné personálne normatívy a vyzvala účastníkov k zasielaniu návrhov

na zmenu výnosu podľa potrieb a požiadaviek praxe. Upozornila, že nedostatok sestier nemôže byť dôvodom na znižovanie počtu sestier na jednotlivých pracoviskách. Súčasne informovala o finálnej verzii optimalizácie sústavy špecializačných odborov a certifikovaných pracovných činností. K vybraným pracovnoprávnym otázkam sestier podal informácie Mgr. Slavomír Slávik. Rozsiahlu diskusiu vyvolali otázky rozvrhnutia pracovného času, práca nadčas, prestávky v práci a ďalšie otázky súvisiace so zákonníkom práce.

V rámci odborného programu konferencie boli prezentované aj ďalšie zaujímavé príspevky.

O rizikách pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti o klienta v ZSS, ktoré súvisia s nedostatkom materiálo - technického vybavenia, nedostatkom odborného personálu, zlou personálnou politikou zariadenia, ale aj nevhodným prístupom zdravotníckych zariadení, informovala PhDr. Margita Kostúriková (Ružomberok).

So skúsenosťami s vedením ošetrovateľskej dokumentácie v elektronickej podobe, jeho výhodách, nevýhodách a konkrétnom príklade na pracovisku JIS sa podelili Mgr. Miroslava Dianová a Mgr. Katarína Ličková (Martin).

V príspevku Kvalita starostlivosti z pohľadu pacienta boli Mgr. Editou Hlinkovou, PhD. (Martin), okrem základných informácií prezentované východiská, ciele a závery projektu zameraného na vypracovanie kritérií kvality starostlivosti o pacienta so stómiou.

O manažmente psychofyzickej prípravy na pôrod pre budúce mamičky, jeho priebehu, cieľoch a výhodách informovala PhDr. Jarmila Mackovčáková (Žilina).

V prednáške Čo možno očakávať od Inšpektorátu práce sa PhDr. Libuša Repiská, PhD., MHA (Nitra) ako

prevádzkovateľ zdravotníckeho zariadenia, podelila o osobné skúsenosti s Inšpektorátom práce, poukázala tiež na základné právne normy, ktoré sú pre prevádzkovateľa resp. zamestnávateľa záväzné.

Uplatnenie supervízie v zdravotníckom zariadení, základnú charakteristiku a konkrétne výsledky informovanosti o supervízii zo zdravotníckych a sociálnych zariadení na Slovensku a v ČR prezentovala Mgr. Mária Majerová (Kremnica).

Príjemným spretrením konferencie boli prednášky zahraničných hostí. Kolegyne z Poľska prezentovali témy zamerané na manažment ošetrovateľského personálu a vytvorenie istých pracovných miest ako predpokladu na udržanie ľudských zdrojov, na interpersonálnu komunikáciu medzi vedúcimi pracovníkmi a zamestnancami, a tiež sa podelili o problémy s implementáciou nových foriem ošetrovateľskej dokumentácie v zdravotníckych zariadeniach.

Kolegyne z Maďarska nás oboznámili s monitorovaním epidemiologických ukazovateľov v nadväznosti na edukáciu pacienta, rodiny a personálu a s aplikáciou indikátorov kvality na základe novej legislatívy aj vo vzťahu k vzdelávaniu a kompetenciám zdravotníckych pracovníkov.

K horúcej téme na Slovensku - vytvoriť zo zdravotníckeho asistenta praktickú sestru, boli veľkým prínosom prednášky kolegyň z ČR. Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D. predstavila činnosť a ciele Spolku vysokoškolsky vzdelaných sestier, systém vzdelávania sestier v EÚ a ČR, prezentovala výsledky výskumu, ako verejnosť vníma ošetrovateľskú profesiu a postavenie sestier v spoločnosti.

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D. informovala o konkrétnych krokoch, ktoré viedli ku vzniku súčasného vzdelávania sestier v ČR podľa novoprijatej le-

gislatívy. Riešenie nedostatku sestier skrátením kvalifikačnej prípravy a zmenou zdravotníckeho asistenta na praktickú sestru v systéme 4+1 vnímajú ako nesystémové a neefektívne. V praxi sú problémy so zaraďovaním zdravotníckych asistentov na pozície praktickej sestry - absentuje vyhláska o kompetenciách, študenti nemajú o skrátenú formu vzdelania záujem, nie je pre nich motivačné....

V závere vyzvali slovenské sestry, aby v „boji“ za zachovanie vysokoškolského vzdelania zotrvali a neuberali sa cestou českých sestier...

V závere odbornej časti konferencie PhDr. Renáta Darmošová, dipl. s. predstavila históriu a súčasnosť Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku.

V rámci jednotlivých odborných blokov sa rozvinula široká diskusia na tému vzdelávania sestier, nedodržiavania personálneho obsadenia zdravotníckych zariadení aj v súvislosti s registráciou zdravotníckeho pracovníka, na otázky súvisiace s dodržiavaním zákonníka práce zo strany zamestnávateľa, otázky elektronickej formy vedenia ošetrovateľskej dokumentácie, na potrebu kontroly personálneho obsadenia v nadväznosti na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, na problematiku poskytovania a uhrádzania ošetrovateľskej starostlivosti v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a ďalšie aktuálne témy.

Diskusné príspevky poukázali na potrebu realizovať workshopy zamerané na dodržiavanie zákonníka práce, vykonávať kontroly dodržiavania personálneho obsadenia v zdravotníckych zariadeniach, presadzovať vysokoškolské vzdelávanie sestier a nepodporovať vytvorenie praktickej sestry po vzore z ČR, presadzovať požiadavky smerujúce k stabilizácii sestier v systéme, k zvýšeniu motivácie sestier a záujmu o štúdium ošet-

rovateľstva, s čím úzko súvisia zmeny v odmeňovaní.

Naše poďakovanie za spoluprácu a všestrannú pomoc pri organizovaní konferencie patrí našim partnerom: hlavnému partnerovi spoločnosti Hartmann Rico a ďalším spoločnostiam A care, Herbacos Recordati, Thuasne, Sarsted, Vidra a spol., Velcon, Banchem, SaranaFashion s.r.o., Agfoods, Schülke, Mary Key, Mestu Ružomberok, našim zahraničným hosťom, mediálnym partnerom, organizačnému výboru, prednášajúcim, moderátorkám odborných blokov a všetkým, ktorí sa podieľali na príprave a organizácii konferencie.

### **VYHLÁSENIE účastníkov VI. Celoslovenskej konferencie sekciu manažmentu v ošetrovatelstve**

V dňoch 05. - 06. októbra 2017 sa priestoroch Hotela Bešeňová konala VI. Celoslovenská konferencia sekcie manažmentu v ošetrovatelstve s medzinárodnou účasťou, ktorú

organizovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Sekcia manažmentu v ošetrovatelstve a Univerzitná nemocnica SNP – Fakultná nemocnica v Ružomberku. Diskusné príspevky poukázali na potrebu realizovať workshopy zamerané na dodržiavanie zákonníka práce, vykonávať kontroly dodržiavania personálneho obsadenia v zdravotníckych zariadeniach, zjednotiť ošetrovateľskú dokumentáciu, presadzovať vysokoškolské vzdelávanie sestier a nepodporovať vytvorenie praktickej sestry po vzore z ČR, presadzovať požiadavky smerujúce k stabilizácii sestier v systéme, k zvýšeniu motivácie sestier a záujmu o štúdium ošetrovatelstva, s čím úzko súvisia zmeny v odmeňovaní.

V nadväznosti na najviac diskutované témy sa účastníci konferencie zhodli na vyhlásení:

- Podporujeme návrhy SK SaPA a Sekcie manažmentu v ošetrovatelstve na riešenie nedostat-

ku sestier a vyzývame ministra zdravotníctva o urýchlené riešenie krízového stavu, nakoľko bez dostatočného počtu sestier nie je možné poskytovať kvalitnú a bezpečnú starostlivosť o pacienta.

- Apelujeme na politikov, aby zostal zachovaný súčasný systém vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek. Zákon prijatý v ČR odsudzujú profesijné aj vzdelávacie inštitúcie a považujú tento krok za nesprávny pri riešení nedostatku sestier.
- Navrhujeme vytvorenie jednotnej elektronickej ošetrovateľskej dokumentácie záväznej pre všetky zdravotnícke zariadenia.
- Podporujeme myšlienku realizácie workshopov zameraných na zákonník práce a jeho dodržiavanie.

*PhDr. Anna Macková, MPH, dipl. s. predsedníčka Sekcie manažmentu v ošetrovatelstve*

## **CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SEKcie SESTIER PRACUJÚCICH V PEDIATRII**

Dňa 2.12. 2017 sa priestoroch Auly SZU v Banskej Bystrici konala Celoslovenská konferencia Sekcie sestier pracujúcich v pediatrii spojená s voľbami do Výboru sekcie. Konferenciu organizovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, organizačný výbor Sekcie sestier pracujúcich v pediatrii, nakoľko táto sekcia a Výbor sekcie boli necelé dva roky nefunkčné, a Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity so sídlom v Banskej Bystrici. Spoluorganizátormi konferencie boli Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Banská Bystrica, Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Zvolen, Detská fakultná nemocnica



s poliklinikou Banská Bystrica a Nemocnica Zvolen a.s. – Detské oddelenie. Hlavným cieľom konferencie bolo zvoliť výbor Sekcie sestier pracujúcich v pediatrii.

Konferenciu svojou účasťou podporili Mgr. Iveta Lazorová, prezidentka SK SaPA, PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, hlavná odborníčka MZ SR pre ošetrovatelstvo, Doc. PhDr. Bc. Beáta Frčová, PhD., MPH, dekanka Fakulty zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici, členovia Rady a Prezídia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek PhDr. Adriana Nemčoková, Mgr. Renáta Popundová, PhDr. Milan Laurinc, PhD.

PhDr. Iveta Drahoňová, viceprezidentka pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach otvorila celoslovenskú konferenciu a krátkym príhovorom privítala účastníkov konferencie. V rámci hlavných tém konferencie „Ošetrovatelstvo v pediatrii – teória a prax, Právo a legislatíva v pediatrickej ošetrovateľskej praxi, Klinická ošetrovateľská prax v pediatrii, Varia“ bolo pre 57 účastníkov pripravených 20 odborných príspevkov, ktoré boli zaradené do štyroch blokov odborného programu.

Tému aktuálnych problémov v ošetrovatelstve otvorila PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková. Poukázala na potrebu legalizácie činností sestry v pripravovaných kompetenciách sestier, informovala o požiadavkách na odbornú spôsobilosť riadiacich pracovníkov v ošetrovatelstve, o aktivitách zdravotníckeho výboru NR SR, uviedla motivačné faktory v povolani sestry v súvislosti s nedostatkom sestier a na ďalšie aktuálne témy.

Mgr. Iveta Lazorová vo svojej prezentácii uviedla širší prierez činnosti Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, aktivity v súvislosti so vzdelávaním a kompetenciami sestier a pôrodných asistentiek, informovala o návrhoch na riešenie nedostatku sestier a výzve preložené ministrovi zdravotníctva o urýchléné riešenie krízového stavu a ďalších aktivitách Komory.

Doc. PhDr. Bc. Beáta Frčová, PhD., MPH informovala účastníkov konferencie o pregraduálnom vzdelávaní v regulovanom zdravotníckom povolani sestry a poukázala na potrebu vysokoškolského štúdia.

V rámci II.bloku odborného programu odznali prednášky súvisiace s legislatívou. Viliam Záborský, pre-

zident Regionálnej komory sestier a pôrodných asistentiek Bratislava III., vo svojej prednáške poukázal na právne povedomie sestier a pôrodných asistentiek, pracovné podmienky sestier a pôrodných asistentiek pri dodržiavaní Zákonníka práce SR č. 311/2001 Z. z. Diskutovalo sa o rozvrhnutí pracovného času, stravovaní zamestnancov, prestávkach v práci na jedlo a oddych, práci nadčas, dôležitých osobných prekážkach v práci či vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov.

Mgr. Mária Labancová informovala o dodržiavaní resp. nedodržiavaní personálnych noramatív v zdravotníckych zariadeniach. Diskusné príspevky poukázali na potrebu realizovať workshopy zamerané na dodržiavanie zákonníka práce, vykonávať kontroly dodržiavania personálneho obsadenia v zdravotníckych zariadeniach, presadzovať vysokoškolské vzdelávanie sestier a nepodporovať vytvorenie praktickej sestry po vzore z ČR, presadzovať požiadavky smerujúce k stabilizácii sestier v systéme, k zvýšeniu motivácie sestier a záujmu o štúdium ošetrovatelstva, s čím úzko súvisia zmeny v odmeňovaní.

Prednášajúci vo svojich prednáškach venovali svoju pozornosť sťažnostiam na sestry a pôrodné asistentky pri výkone povolania, mobbing, bossing – šikanu na pracovisku, systému hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, ako aj výhodám členstva v Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek. V odborných blokoch okrem iného zazneli aj prednášky týkajúce sa ošetrovateľskej praxe v pediatrii. Autori prednášok prezentovali rôzne aktuálne témy, napr. bolesť u detí po kardiochirurgickej operácii z pohľadu sestry, pasívnu a aktívnu liečbu ambliopie, riadenú celotelovú

hypotermiu u novorodencov, traumatické poranenia novorodenca, operačnú liečbu strabizmu v detskom veku, manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri diagnóze Morbus Hischprung, či multikultúrne ošetrovatelstvo.

Konferencia bola spojená s voľbami do Výboru odbornej sekcie. Na základe spracovania základných štatistických údajoch o prítomných členoch pracovné predsedníctvo vyhlásilo, že volebné zhromaždenie členov sekcie je uznášaniaschopné. Voľby prebehli na základe volebnej smernice. Predsedom odbornej sekcie sa stal zvolený člen výboru s najvyšším počtom hlasov - Mgr. Ľuba Pohorelá, vedúca sestry Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou Banská Bystrica.

Príjemným spestrením konferencie boli prednášky sponzorov a partnerov konferencie. Naše poďakovanie za spoluprácu a všestrannú pomoc pri organizovaní konferencie patrí našim partnerom – Červený NOS o.z., Lekárň Dr. MAX a sponzorom - ZEPTER Slovakia, spol.s.r.o., spoločnosť Tímed, Hartmann Rico, Dansac, Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, organizačnému výboru konferencie, prednášajúcim, koordinátorkám odborných blokov a všetkým, ktorí sa podieľali na príprave a organizácii konferencie.

*PhDr. Iveta Drahoňová*  
viceprezidentka pre sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach

### ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE U PACIENTOV S ISCHEMICKOU CHOROBU SRDCA COPING IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

ANDREA SOLGAJOVÁ, DANA ZRUBCOVÁ, GABRIELA VÖRÖSOVÁ, ZUZANA SPÁČILOVÁ

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ, UKF v Nitre

*Príspevok bol podporený projektom VEGA 1/0438/16 Osobnostné a situačné prediktory zvládania záťaže u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením a projektom APVV 0532/10 Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovateľstve.*

#### Abstrakt

**Cieľ:** V príspevku sa zameriavame na zhodnotenie zvládania záťaže u pacientov s ischemickou chorobou srdca (ICHS). Zisťujeme rozdiely vo voľbe stratégií zvládania záťaže vzhľadom na dispozičné faktory - osobnostné charakteristiky a demografické faktory. **Metódy:** Pre hodnotenie stratégií zvládania záťaže bol použitý sebaovývedový dotazník Brief Cope, pre hodnotenie piatich osobnostných charakteristík dotazník Mini IPIP (International Personality Item Pool). Výberový súbor tvorilo 30 respondentov s diagnózou ICHS (I20 – I25), z toho bolo 14 žien a 16 mužov. Vekový priemer bol 61,07 roku. Výskum bol schválený etickou komisiou FN v Nitre. **Výsledky:** Niektoré stratégie zvládania záťaže súvisia s viacerými osobnostnými charakteristikami. Stratégia užívanie návykových látok súvisí najmä s nízkou extravertičnosťou, prívetivosťou a svedomitosťou. Stratégia plánovanie súvisí s osobnostnou charakteristikou prívetivosť a stratégia viera s otvorenosťou. Ďalej sme zistili štatisticky významné rozdiely vo voľbe stratégií zvládania záťaže medzi mužmi a ženami. Ženy využívajú niektoré stratégie zvládania zameraného na problém a emócie viac ako muži. Stratégie humor a akceptáciu využívajú pre zvládanie záťaže skôr mladší pacienti. **Záver:** Osobnostné charakteristiky, pohlavie a vek sa ukazujú ako faktory ovplyvňujúce voľbu stratégií zvládania záťaže u pacientov s ICHS.

#### Kľúčové slová

Zvládanie záťaže. Vek. Osobnosť. Pohlavie. Ischemická choroba srdca.

#### Abstract

**Aim:** The paper aims to evaluate the use of coping strategies in patients with ischemic heart disease (IHD). The differences in coping strategies according to dispositional factors – personality characteristics and demographic factors gender and age are studied. **Methods:** The Self-report measure Brief Cope was used for evaluating coping strategies, The Mini IPIP (International Personality Item Pool) questionnaire was used for assessing Big Five personality factors. Sample consisted of 30 participants with IHD (I20 – I25), with 14 men and 16 women with the average age 61.07 years. The research was approved by the Ethics Committee of Faculty Hospital in Nitra. **Results:** Several coping strategies correlate with personality characteristics. The coping strategy Substance Use correlate with low Extraversion, Agreeableness and Conscientiousness. The coping strategy Planning correlate with Agreeableness and coping strategy Religion correlate with Openness. Statistically significant differences in coping strategies between men and women were found. Several problem focused and emotion focused strategies were used more by women. Humor and Acceptance strategies were used more by younger patients. **Conclusion:** Personality characteristics, gender and age are

factors influencing the use of coping strategies in patients with IHD.

#### Key words

Coping. Age. Personality. Gender. Ischemic Heart Disease.

#### Úvod

Srdcovocievne ochorenia svojim častým výskytom, závažnosťou orgánových postihnutí a dôsledkov pre zdravotný stav obyvateľstva tvoria jeden z významných problémov našej populácie. Na Slovensku sa srdcovocievne ochorenia podieľajú na celkovej úmrtnosti 53% a sú jednou z hlavných príčin kratšej strednej dĺžky života u nás.

Vzhľadom na častý výskyt ischemickej choroby srdca (ICHS) odborníci odporúčajú venovať pozornosť patofyziologickým faktorom, ktoré sa podieľajú na jej vzniku. Frasure-Smith (1) uvádza, že sa odporúča aj skúmanie vplyvu psychologických faktorov pri vzniku ICHS a dôležité sú najmä tie, ktoré by mohli byť modifikovateľné, ako napríklad stratégie zvládania záťaže.

Skúmanie stratégií zvládania záťaže u pacientov so srdcovocievnyimi ochoreniami sa venujú viacerí autori Frasure-Smith (1), van Elderen, Maes, Dusseldorp (2), Bogg, Thornton, Bundred (3), Buetow, Goodyear-Smith, Coster (4), Svensson et al. (5), aj v kontexte starostlivosti už vzniknutého ochorenia. Vo všeobecnosti sa uvádza, že stratégie zvládania záťaže sú spojené

s dosiahnutými zdravotnými výsledkami u pacientov (5, 6) a preto je potrebné pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby podporiť prístupy pre zvládnutie náročnej situácie a pre zlepšenie komunikácie s pacientom (4).

Variabilita vnímania stresovej situácie a voľba stratégií zvládania záťaže u pacientov so srdcovocievnyim ochorením môže byť ovplyvnená viacerými faktormi, ako napríklad osobnosťou (6, 7, 8), pohlavím (3), výskytom úzkosti a depresie (2), vekom, dĺžkou ochorenia (4). Poznanie týchto faktorov je dôležité aj pre sestru v procese starostlivosti pre včasnú identifikáciu neefektívneho zvládania záťaže, ktoré je identifikované aj ako problém – ošetrovateľská diagnóza v klasifikačnom systéme NANDA International (NANDA I) pod názvom Neefektívne zvládanie záťaže (00069). Podľa Herdman, Kamitsuru (9) ide o „neschopnosť správne vyhodnocovať stresory, nesprávny výber reakcií, a/alebo neschopnosť využívať dostupné zdroje“.

Včasná identifikácia neefektívnych stratégií zvládania záťaže a voľba správnych rozhodnutí v starostlivosti pre podporu efektívnych stratégií môže prispieť k dosiahnutiu efektívnej a dlhodobej adherencie pacientov v procese starostlivosti.

Cieľom výskumu bolo zhodnotiť zvládanie záťaže u pacientov s ICHS, zistiť rozdiely vo voľbe stratégií zvládania záťaže vzhľadom na osobnostné charakteristiky a demografické faktory.

### Materiál a metodika

Pre hodnotenie preferovaných stratégií zvládania záťaže bol použitý seba-výpovedový dotazník Brief Cope (10). Ide o skrátenú verziu dotazníka COPE. Dotazník obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré predstavujú stratégie zvládania záťaže. K stratégiám zameraným na problém radíme aktívne zvládanie, plánovanie, inštrumentálna opora, k stratégiám zameraným na emócie patrí emocionálna opora, pozitívne preformulovanie, popieranie,

akceptácia, viera a humor. Stratégie zamerané na únik predstavujú ventilovanie, sebarozptýlenie, stiahnutie sa, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavuje stratégiu adaptívnu a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu. Položky sa hodnotia na štvorstupňovej stupnici: 1 – nikdy, 2 – len výnimočne, 3 – často, 4 – vždy, pričom respondenti vyjadrujú, ako sa v záťažových situáciách správali za posledných 6 mesiacov. Pre účely výskumu bola použitá slovenská verzia škály odporúčaná psychológom, ktorá býva bežne používaná v klinickej praxi.

Dotazník Mini IPIP (International Personality Item Pool) je seba-výpovedový dotazník, ktorý bol použitý na hodnotenie piatich osobnostných charakteristík (faktorov). Vychádza z modelu Big Five (Teória veľkej päťky). Prostredníctvom dotazníka je možné hodnotiť extraverziu, neurotizmus, otvorenosť, privetivosť a svedomitosť. Obsahuje 20 položiek, pre každý faktor osobnosti 4 položky. Hodnotenie prebieha na Likertovej škále od 1 do 5, kde 1 je vôbec nevystihuje a 5 úplne vystihuje (11).

Výberový súbor tvorilo n=30 pacientov s lekárskou diagnózou ICHS (I20 – I25 podľa MKCH-10), z toho 16 (53,3%) mužov a 14 (46,7 %) žien. Zaraďujúcimi kritériami boli: vek nad 18 rokov, hospitalizácia min. 3 dni, ochota spolupracovať a informovaný súhlas s výskumom. Vek respondentov sa pohyboval od 32 do 82 rokov (Mvek=61,07; SDvek=13,26).

Ide o prierezový dizajn výskumu. Výskum bol realizovaný vo Fakultnej nemocnici v Nitre na Kardiologickej klinike od decembra 2016 do februára 2017 po schválení Etickou komisiou.

Pre spracovanie výsledkov bol použitý štatistický program IBM SPSS 24.0. Výsledky sme hodnotili pomocou deskriptívnych štatistík mediánu (Mdn), priemernej hodnoty (AM) a smerodajnej odchýlky (SD). Rozdiely sme posudzovali Mann-Whitneyho U testom a vzťahy sme skúmali Spearmanovým koeficientom poradovej korelácie (rS).

### Výsledky

V prvej časti analýzy sme sa zamerali na zhodnotenie zvládania záťaže u pacientov s ICHS. Zistili sme, že

	Min	Max	AM	SD
Sebarozptýlenie	3	8	5,93	1,29
Aktívne zvládanie	4	8	5,97	1,21
Popieranie	2	7	3,90	1,49
Užívanie návykových látok	2	6	3,20	1,42
Emocionálna sociálna opora	4	8	5,60	1,28
Inštrumentálna sociálna opora	4	8	6,10	1,30
Stiahnutie sa	2	8	3,63	1,65
Ventilovanie	2	7	5,17	1,58
Pozitívne preformulovanie	4	8	6,03	1,38
Plánovanie	4	8	6,00	1,23
Humor	2	8	4,57	1,89
Akceptácia	4	8	6,43	1,19
Viera	2	8	4,77	2,19
Sebaobviňovanie	2	8	4,03	1,43

Tab.1 Stratégie zvládania záťaže u pacientov s ischemickou chorobou srdca  
Legenda: priemerná hodnota (AM); smerodajná odchýlka (SD)

	Muži (n=16)			Ženy (n=14)			U	p
	Mdn	AM	SD	Mdn	AM	SD		
Sebarozptýlenie	6	5,87	1,31	6,2	6	1,30	104,5	0,747
Aktívne zvládanie	5,55	5,69	1,20	6,25	6,29	1,20	78	0,142
Popieranie	4,17	4,31	1,62	3,25	3,43	1,22	76	0,124
Užívanie návykových látok	3,08	3,12	1,41	2,88	3,29	1,49	104	0,716
Emocionálna sociálna opora	5,2	5,25	1,24	6,13	6	1,24	72,5	0,087
Inštrumentálna sociálna opora	5,63	5,63	1,26	6,78	6,64	1,15	60,5	0,028
Stiahnutie sa	3	3,75	2,05	3,63	3,5	1,09	110	0,932
Ventilovanie	5	4,69	1,54	6,11	5,77	1,48	58,5	0,041
Pozitívne preformulovanie	5,38	5,5	1,27	6,71	6,64	1,28	58,5	0,023
Plánovanie	5,33	5,5	1,32	6,64	6,57	0,85	55	0,015
Humor	4	4,19	2,04	5,17	5	1,66	81	0,19
Akceptácia	6,25	6,25	1,24	6,71	6,64	1,15	92	0,392
Viera	3,67	4,06	2,112	6	5,57	2,065	66	0,053
Sebaobviňovanie	3,64	3,88	1,5	4	4,21	1,369	92	0,385

Tab. 2 Rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov u pacientov s ischemickou chorobou srdca podľa pohlavia  
Legenda: medián (Mdn); priemerná hodnota (AM); smerodajná odchýlka (SD); p – hodnota pravdepodobnosti

	Vek ( $r_s$ )
Sebarozptýlenie	0,046
Aktívne zvládanie	-0,165
Popieranie	0,007
Užívanie návykových látok	0,322
Emocionálna sociálna opora	0,164
Inštrumentálna sociálna opora	0,113
Stiahnutie sa	-0,08
Ventilovanie	0,117
Pozitívne preformulovanie	0,065
Plánovanie	0,06
Humor	-0,202
Akceptácia	-0,286
Viera	-0,089
Sebaobviňovanie	0,013

Tab. 3 Vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže u pacientov s ischemickou chorobou srdca a vekom pacientov  
Legenda: koeficient poradovej korelácie ( $r_s$ )

najpoužívanejšou stratégiou zvládania záťaže bola Akceptácia (AM=6,43). Medzi ďalšie najviac preferované stratégie patrili: Inštrumentálna sociálna podpora, Pozitívne preformulovanie, Plánovanie, Aktívne zvládanie a Sebarozptýlenie. Najmenej preferovanou stratégiou bolo Užívanie návykových látok (AM=3,20) (Tab. 1).

Ďalej sme analyzovali rozdiely v stratégiách zvládania záťaže u pacientov s ICHS podľa pohlavia. Zistili sme štatisticky významné rozdiely v štyroch stratégiách zvládania záťaže: Plánovanie, Pozitívne preformulovanie, Inštrumentálna sociálna podpora a Ventilovanie ( $p < 0,001$ ). V skupine žien boli všetky tieto stratégie zvládania využívané vo vyššej miere (Tab. 2).

Pri skúmaní vzťahu stratégií zvládania záťaže u pacientov s ICHS a veku sme nezistili štatisticky významné vzťahy. Stratégia Užívanie návykových látok naznačovala pozitívny a zároveň slabý vzťah s vyšším vekom pacientov a stratégia Akceptácia a Humor negatívne

a zároveň slabé vzťahy s nižším vekom (Tab. 3)

V poslednej časti sme zisťovali vzťahy stratégií zvládania záťaže s osobnostnými charakteristikami pacientov (Tab. 4). Zistili sme, že osobnostná charakteristika Extraverzia štatisticky významne súvisí s menším preferovaním stratégie Užívanie návykových látok ( $r = -0,520$ ), Otvorenosť štatisticky významne súvisí s väčším preferovaním stratégie Viera ( $r = 0,408$ ); Prívetivosť štatisticky významne súvisí s menším preferovaním stratégie Užívanie návykových látok ( $r = -0,442$ ) a s väčším preferovaním stratégie Plánovanie ( $r = -0,554$ ); Svedomosť s menším preferovaním stratégie Užívanie návykových látok ( $r = -0,593$ ).

## Diskusia

Vo výskume sme sa zamerali na zhodnotenie zvládania záťaže u pacientov s ICHS a na zistenie rozdielov vo voľbe stratégií zvládania záťaže vzhľadom na osobnostné charakteristiky a vybrané demografické faktory – pohlavie a vek.

	ES ( $r_s$ )	E ( $r_s$ )	O ( $r_s$ )	P ( $r_s$ )	S ( $r_s$ )
Sebarozptýlenie	-0,143	-0,211	0,243	0,291	-0,07
Aktívne zvládanie	-0,183	0,212	-0,158	0,134	0,212
Popieranie	-0,038	-0,001	-0,103	0,125	-0,214
Užívanie návykových látok	0,249	<b>-0,520**</b>	-0,089	<b>-0,442*</b>	<b>-0,593**</b>
Emocionálna sociálna opora	-0,146	-0,063	-0,021	0,186	-0,091
Inštrumentálna sociálna opora	-0,063	-0,191	-0,041	0,097	-0,114
Stiahnutie sa	0,176	-0,137	0,168	0,31	-0,225
Ventilovanie	-0,009	-0,342	-0,051	0,067	-0,28
Pozitívne preformulovanie	-0,037	-0,177	-0,05	0,204	-0,005
Plánovanie	-0,12	0,167	0,035	<b>0,554**</b>	0,222
Humor	0,054	0,149	-0,237	0,105	0,133
Akceptácia	-0,131	0,177	-0,093	0,108	0,057
Viera	-0,052	0,028	<b>0,408*</b>	0,296	0,116
Sebaobviňovanie	0,251	-0,178	-0,126	0,241	-0,296

Tab. 4 Vzťah medzi stratégiami zvládania záťaže u pacientov u pacientov s ischemickou chorobou srdca a osobnostnými charakteristikami pacientov  
Legenda: koeficient súčinovej korelácie ( $r_s$ ); p – hodnota pravdepodobnosti (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ); ES – emocionálna stabilita, E – extravertzia, O – otvorenosť, P – prívetivosť, S- svedomitosť

Skúmaniu stratégií zvládania záťaže sa v oblasti srdcovocievnych ochorení venuje viacero autorov (1 - 5), najmä za účelom dosiahnutia pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby.

Lazarus, Folkman (12) popisujú dve formy stratégií zvládania záťaže: zvládanie zamerané na problém (človek sa zameriava na situáciu, pričom má konštruktívnu snahu hľadať spôsoby ako ju zmeniť, prípadne sa jej v budúcnosti vyhnúť) a zvládanie orientované na emócie (kedy sa človek zameriava na zmiernenie prežívaných emócií, ktoré vznikli v dôsledku stresu, pričom k zmene situácie nemusí dôjsť). V našom výskume sme zistili, že najpoužívanejšou stratégiou zvládania záťaže bola Akceptácia, pričom ide o stratégiu zameranú na problém, tzn. stratégiu adaptívnu. Maladaptívne stratégie zvládania záťaže, najmä Užívanie návykových látok bolo zastúpené v nižšej miere. V porovnaní s výsledkami výskumu autorov Buetow, Goodyear-Smith, Coster (4), ktorí skúmali stratégie zvládania záťaže u pacientov so zlyhávaním srdca boli naše zistenia optimálnejšie. Títo autori uvádzajú, že v skupine pacien-

tov so zlyhávaním srdca sú zastúpené stratégie – vyhýbanie sa, popretie, odmietnutie a prijatie. Pri popretí pacienti chápu svoje ochorenie ako hrozbu pre ich životnú situáciu, hľadajú nádej prostredníctvom pozitívneho preformulovania danej situácie. Využívanie tejto stratégie bolo vysoko zastúpené v tejto skupine pacientov bez ohľadu na vek, dĺžku ochorenia a miery obmedzenia fyzickej aktivity.

Naše zistenia o väčšom zastúpení adaptívnych stratégií zvládania záťaže, zameraných na riešenie problému, môžeme považovať za pozitívne aj v zmysle nižšej mortality pri ICHS. Svensson et al. (5) uvádzajú, že stratégie zvládania záťaže zamerané na riešenie problému, resp. proaktívne zvládanie záťažových situácií, sú vo vzťahu so zníženým výskytom cievnej mozgovej príhody a úmrtia na srdcovocievne ochorenia. Zároveň uvádza, že stratégia vyhýbanie sa riešeniu problému bola zistená vo vzťahu so zvýšenou úmrtnosťou u pacientov s ICHS, ale iba u hypertonikov.

V našom výskume sme sa ďalej zamerali na zistenie rozdielov v stratégiách zvládania záťaže u pacientov s ICHS podľa pohlavia. Zistili sme štatisticky významné rozdiely v štyroch stratégiách zvládania záťaže: Plánovanie, Pozitívne preformulovanie, Inštrumentálna sociálna podpora a Ventilovanie. V skupine žien boli všetky tieto stratégie zvládania zastúpené vo vyššej miere. Našimi zisteniami podporujeme tvrdenia autorov Bogg, Thornton, Bundred, (3), ktorí uvádzajú, že emocionálna odpoveď na stresovú situáciu po infarkte myokardu a zvládanie záťaže sú rozdielne medzi mužmi a ženami. Konkrétne uvádzajú, že ženy po prekonaní infarktu myokardu vykazovali vyššie emocionálne ťažkosti, horšiu kvalitu života ako muži a aj využívali stratégie zvládania záťaže vo vyššej miere ako muži. Vzhľadom na tieto zistenia autori (3) odporúčajú prihliadať na tento faktor v starostlivosti o pacientov so srdcovocievnyimi ochoreniami.

V ďalšej časti sme sa zamerali na zhodnotenie faktora vek. Pri skúmaní vzťahu stratégií zvládania záťaže u pacientov s ICHS a veku sme nezistili štatisticky



významné vzťahy. Iba stratégia Užívanie návykových látok naznačovala vzťah s vyšším vekom pacientov a stratégia Akceptácia a Humor vzťahy s nižším vekom. Naše zistenia sú podobné ako uvádzajú autori Buetow, Goodyear-Smith, Coster (4), podľa ktorých v skupine pacientov so zlyháváním srdca boli rovnako zastúpené stratégie zvládania záťaže bez ohľadu na vek.

Ďalej sme zisťovali vzťahy stratégií zvládania záťaže s osobnostnými charakteristikami pacientov s ICHS. Vychádzali sme zo zdôvodnenia autorov Crawshaw, Auyeung, Norton, Weinman (8), ktorí zistili, že typ osobnosti D zohráva dôležitú úlohu v neadherencii pacientov s akútnym koronárnym syndrómom v starostlivosti a liečbe. Zistili sme, že niektoré stratégie zvládania záťaže u pacientov s ICHS súvisia s viacerými osobnostnými charakteristikami. Stratégia Užívanie návykových látok súvisí najmä s nízkou extravertiou, nízkou prívetivosťou a nízkou svedomitosťou. Stratégia Plánovanie súvisí s osobnostnou charakteristikou prívetivosť a stratégia Viera s otvorenosťou. Chalfont, Bennett (6) uvádzajú, že osobnostné charakteristiky sú dôležité faktory ovplyvňujúce zvládanie záťaže u pacientov po infarkte myokardu a pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v liečbe. Zaujímavým zistením bolo, že osobnostná charakteristika emocionálna stabilita nevykazovala žiadne vzťahy so stratégiami zvládania záťaže u pacientov s ICHS. Vo všeobecnosti osoby s vysokou odolnosťou, resp. emocionálnou stabilitou majú tendenciu viac využívať efektívne stratégie zvládania záťaže (7). Pacienti s touto osobnostnou črtou vo väčšej miere dodržiavajú odporúčanú životosprávu – správnu výživu, viac cvičenia, menej využívanie návykových látok (13).

## Záver

Naše zistenia celkovo naznačujú, že pacienti s ICHS vo väčšej miere využívajú na zvládnutie stresovej situácie adaptívne formy stratégií pre efektívne zvládnutie stresovej situácie. Rozdiely v stratégiách zvládania záťaže sme zistili iba vzhľadom na pohlavie a niektoré

osobnostné charakteristiky. Poznanie týchto súvisiacich faktorov voľby stratégií zvládania záťaže je dôležité pre vytvorenie a implementovanie edukačných aktivít ako základ pre intervencie pre podporu adaptívnych stratégií u pacientov. Podpora adaptívnych foriem zvládania náročnej situácie je potrebná pre dosiahnutie pozitívnych výsledkov v procese starostlivosti a liečby.

## Zoznam použitej literatúry

1. FRASURE-SMITH, N. In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *American Journal of Cardiology*. 1991, vol. 67, no. 2, p. 121-127. ISSN 0002-9149.
2. VAN ELDEREN, T., MAES, S., DUSSELDORP, E. Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999, vol. 47, no. 2, p. 175-183, ISSN 0022-3999.
3. BOGG, J., THORNTON, E., BUNDRED, P. Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. *Coronary Health Care*. 2000, vol. 4, no. 4, p. 163-168. ISSN 1362-3265.
4. BUETOW, S., GOODYEAR-SMITH, F., COSTER, G. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Family Practice*. 2001, vol. 18, no. 2, p. 117-122. ISSN 1471-2296.
5. SVENSSON, T. et al. Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. *European Heart Journal*. 2016, vol. 37, no. 11, p. 890-899. ISSN 1522-9645.
6. CHALFONT, L., BENNETT, P. Personality and coping: their influence on affect and behaviour following myocardial infarction. *Coronary Health Care*. 1999, vol. 3, no. 3, p. 110-116. ISSN 1362-3265.
7. ŠOLCOVÁ, I., TOMÁNEK, P. Daily stress coping strategies: an effect of hardiness. *Studia Psychologica*. 1994, vol. 36, no. 5, p. 390-392. ISSN 0039-3320.

8. CRAWSHAW, J., AUYEUNG, V., NORTON, S., WEINMAN, J. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016, vol. 90, no. 11, p. 10-32. ISSN 0022-3999.
9. HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. (eds.) NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015 – 2017. Oxford : Wiley-Blackwell, 2014. s. 481. ISBN 978-111-891493-9.
10. CARVER, C. S. You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997, vol. 4, no. 1, p. 92-100. ISSN 0160-7715.
11. HULLOVÁ, D., DURÍŠ, R. Slovenská verzia dotazníku Mini IPIP. Dostupné z: [online]. 2017, [vid. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://ipip.org/newItemTranslations.htm>
12. LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984. s. 445. ISBN 0826141900.
13. WIEBE, D. J., MCCALLUM, D. Health practices and hardiness as mediators in the stress illness relationship. *Health Psychology*. 1986, vol. 5, no. 245, p. 425-438. ISSN 2044-8287.

## Kontaktná adresa autorov

Katedra ošetrovateľstva, FSVaZ,  
UKF v Nitre  
Kráskova 1, 949 74 Nitra

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.  
e-mail: [asolgajova@ukf.sk](mailto:asolgajova@ukf.sk)

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.  
e-mail: [dzrubcova@ukf.sk](mailto:dzrubcova@ukf.sk)

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.  
e-mail: [gvorosova@ukf.sk](mailto:gvorosova@ukf.sk)

PhDr. Zuzana Spáčilová, PhD.  
e-mail: [zspacilova@ukf.sk](mailto:zspacilova@ukf.sk)

KATARÍNA ZRUBÁKOVÁ, MÁRIA NOVYSEDLÁKOVÁ, EVA MORAUČIKOVÁ

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita Ružomberok

*Príspevok prezentuje výsledky pilotnej štúdie projektu KEGA 016 KU- 4/2017 Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach.*

### Abstrakt

K najčastejším formám liečby vo vyššom veku patrí farmakologická liečba. Farmakologická liečba seniorov je ale spojená s veľkým množstvom problémov, najviac pri polyfarmácii. Z tohto dôvodu je pri niektorých symptómoch, syndrómoch nahradená nefarmakologickými postupmi. Príspevku sa preto venujeme nefarmakologickej liečbe a jej reálnemu využitiu u seniorov v ústavnej starostlivosti. V teoreticko - empirickom príspevku charakterizujeme nefarmakologickú liečbu, opisujeme najčastejšie indikácie tejto liečby a výsledky výskumu, ktorý je súčasťou projektu KEGA „Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach.“ Cieľom príspevku je prezentovať možnosti aplikácie nefarmakologickej liečby v ošetrovateľskej starostlivosti o seniora/geriatrického pacienta. Hlavnou metódou pilotnej štúdie projektu KEGA bol pološtruktúrovaný rozhovor a analýza dokumentu. Výskumný súbor tvorili sestry pracujúce v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach poskytujúcich starostlivosť seniorom, zdravotná dokumentácia, internetové stránky zariadení. Analýzou výsledkov sme zistili, že k najčastejšie realizovaným výkonom nefarmakologickej liečby patria: liečebná výživa, hydratácia, ošetrovateľská rehabilitácia, edukácia, poradenstvo, fyzikálna liečba, fytooterapia, aplikácia kyslíka. V zariadeniach sociálnych služieb je realizovaná bazálna stimulácia, zmyslová aktivácia, reminiscenčná liečba, validácia. Zistili sme aj problémy v liečbe, a to: nedostatok pomôcok, nespôlupráca pacienta, nedostatok vedomostí o niektorých metódach liečby, nezájum vedenia

o aplikáciu metód, nedostatočnú interdisciplinárnu spoluprácu.

### Kľúčové slová

Nefarmakologická liečba. Senior. Ošetrovateľská starostlivosť. Projekt KEGA.

### Abstract

The most common forms of treatment in older age is pharmacotherapy. Pharmacological treatment of seniors is associated with a large number of problems. The most problems are related to polypharmacy. For this reason is pharmacological treatment for some diseases and syndromes replaced by non-pharmacological treatment. This article deals with non-pharmacological treatment and its real use in the elderly in institutional care. In the theoretical-empirical contribution we characterize non-pharmacological treatment. We describe the most frequent indications of this treatment and present the results of the research that is part of the KEGA project: Possibilities of Interdisciplinary Cooperation in the Realization of Seniors Nonpharmacological Treatment in Institutional care. The aim of the paper is to present application non-pharmacological treatment in nursing care of senior / geriatric patients. The main methods pilot study were a semi-structured interview and document analysis. The research file were nurses working in the health and social facilities providing senior care, health documentation, and website of these institutions. By analyzing the results, we found that the most frequent interventions of non-pharmacological treatment were: nutrition therapy, hydration, nursing rehabilitation, education, counseling, physical therapy, phototherapy, oxygen application. In social services were re-

alized basal stimulation, sensory activation, reminiscence therapy, validation. We also found problems in treatment there were: lack of aids, non-compliance of patients, lack of knowledge about some methods of treatment, lack of guidance on application of methods, lack of interdisciplinary cooperation.

### Key words

Non-pharmacological treatment. Senior. Nursing care. The KEGA project.

### Úvod

Seniori predstavujú z hľadiska zdravotného stavu veľmi heterogénnu skupinu populácie. Oproti mladším vekovým kategóriám sa u nich významne zvyšuje morbidita, s vysokým výskytom chronických a degeneratívnych ochorení, ale aj vyššou incidenciou akútnych zhoršení a dekompenzácií (1). Preto i liečba seniorov/geriatrických pacientov má svoje špecifiká, ktoré ju odlišujú od liečby v dospelom veku. Liečebný proces ovplyvňuje viacero faktorov vyplývajúcich zo samotného procesu starnutia, ale i zdravotného a funkčného stavu seniorov (2). **Liečebnú starostlivosť v geriatrickej charakterizuje** - komplexnosť a kontinuita, kombinácia viacerých terapeutických postupov, zdravotno-sociálny rozmer starostlivosti, nutnosť interdisciplinárnej spolupráce (predovšetkým lekári, sestry, fyzioterapeuti) (3). Syntetizácia profesionálnej, celospoločenskej, laickej starostlivosti a intervenčno - preventívny charakter liečby (4). Súčasťou liečebného procesu je farmakoterapia a nefarmakologické postupy - liečebná výživa, rehabilitácia, ošetrovateľská rehabilitácia, kognitívna stimulácia, fyzikálna liečba, psychoterapia, ergoterapia, logoterapia, balneoterapia a i (5).

## Farmakologická liečba vo vyššom veku

Farmakologická liečba má pri komplexnej liečbe seniora veľký význam a výrazné uplatnenie, pretože patrí k najčastejším formám liečby. Geriatrická farmakoterapia má tiež svoje zvláštnosti, ktorými sú polypragmázia, prevaha symptomatickej liečby nad kauzálnou, vysoké riziko nežiaducich účinkov, interakcie liek - liek, liek - potrava, liek - doplnok výživy, zvláštnosti farmakokinetiky a farmakodynamiky a negatívny dopad na kvalitu života seniora (6). K eliminácii nežiaduceho efektu liečby boli vytvorené zásady racionálnej farmakoterapie a odporúčané geriatrické postupy (7). K dôležitým zásadám patrí voľba liekovej formy primeraná schopnostiam seniora, kontrola ordinovaných liekov, pred novou ordináciou zvážiť skutočnú potrebu medikácie, resp. využiť nefarmakologické postupy, nefarmakologickú liečbu (8).

Podobne i v projekte Svetovej zdravotníckej organizácie - Zdravie 21, cieľ 5 Zdravé starnutie je uvedené: „vhodnejšia zdravotná starostlivosť a rehabilitácia môžu znížiť nadmerné užívanie liekov“ (9).

## Nefarmakologická liečba vo vyššom veku

Nefarmakologická liečba znamená akúkoľvek liečebnú snahu bez použitia liečiv (10). Úlohou nefarmakologickej terapie je podporiť liečebný proces, zlepšiť fyzický i psychický stav, osviežiť denný režim počas pobytu v nemocnici a vzbudiť záujem pacienta o niektoré typy liečby aj po ukončení hospitalizácie (11). Vplyv tejto terapie je v klinickej praxi všeobecne podceňovaný, a to zo strany laikov, ale aj zdravotníckych pracovníkov. Častý dôvod podceňovania zo strany laikov je možnosť hľadať na svoj problém niečo jednoduché a zároveň účinné, najlepšie práve vo forme tablety.

Nefarmakologická liečba má význam v starostlivosti o pacientov všetkých vekových kategórií, ale jej najväčší význam je pri liečbe geriatrických pa-

cientov, dlhovekých a krehkých seniorov (12). Pri realizácii zdravotníckej starostlivosti sa využíva ako alternatíva farmakologickej liečby, alebo je súčasťou komplexnej liečby ochorení, geriatrických syndrémov a symptémov (13). Z analyzovanej domácej a zahranične odbornej literatúry sme zistili, že kombinácia farmakologickej liečby a nefarmakologických liečebných postupov sa využíva najčastejšie v liečbe: Hypertenzie, Ischemickej choroby srdca, Ischemickej choroby dolných končatín, Morbus Parkinson, Diabetes mellitus, degeneratívnych ochorení pohybového systému, depresie, bolesti (14). Pri sarkopénii, poruchách spánku, zápche, dysfáгии, obezite, malnutriícii, imobilizačnom syndróme, inkontinencii sa odporúčajú nefarmakologické spôsoby liečby (15).

## Úlohy sestry pri aplikácii nefarmakologickej liečby

Ako už bolo v úvode článku spomenuté, sestra je dôležitým členom interdisciplinárneho tímu. Môže realizovať nefarmakologickú liečbu u seniorov v ústavných zariadeniach i v domácom prostredí. Jednotlivé intervencie vykonáva samostatne, na základe ordinácie lekára a v spolupráci s ostatnými členmi tímu. Musí však akceptovať platnú legislatívu (16).

V ústavných zdravotníckych zariadeniach a domácom prostredí najčastejšie realizuje edukáciu, výchovu k zdraviu, ošetrovateľskú rehabilitáciu, podieľa sa na prevencii porúch z imobility, aplikuje zábaly a obklady, aplikuje kyslíkovú liečbu, enterálnu výživu, klystíry, liečivé kúpele. Samostatne realizuje nové liečebné postupy a koncepty, ako je bazálna stimulácia, reminiscenčná terapia, validácia, kognitívna rehabilitácia, zmyslová aktivácia a i. Podmienkou realizácie je absolvované vzdelávanie a získanie certifikátu.

## Realizácia nefarmakologickej liečby v ústavných zariadeniach - výsledky pilotnej štúdie

Ako je realizovaná nefarmakologická liečba u seniorov v ústavných zaria-

deniach, zisťujeme pomocou projektu KEGA 016 KU- 4/2017 *Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach*.

Projekt bol zahájený v apríli 2017 a potrvá tri roky. V aktuálnom roku realizujeme metaanalýzu publikovaných štúdií na danú tému a pilotnú štúdiu vo vybraných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach.

Hlavným cieľom projektu je prostredníctvom zmiešaného výskumu (za použitia kvalitatívnych a kvantitatívnych metód v ústavných zariadeniach), analýzou klinických štúdií a odborných, vedeckých materiálov komplexne spracovať nefarmakologickú liečbu a jej využitie v liečebno -preventívnej starostlivosti o seniora.

Čiastkovým cieľom je zistiť, aké metódy nefarmakologickej liečby realizujú sestry v praxi, a ako hodnotia spoluprácu s ostatnými členmi interdisciplinárneho tímu a samotným seniorom alebo jeho rodinným príslušníkom/opatrovateľom.

Dôvodom pre realizáciu projektu boli negatívne fakty týkajúce sa liečby vo vyššom veku v klinickej praxi - nízky počet sestier, absencia fyzioterapeuta na niektorých oddeleniach, chýbajúci psychológovia, logopédi, liečební pedagógovia (17). Nedostatočné prepomenie v liečbe dlhodobo chorých (napr. po prekonaní Náhlej cievej mozgovej príhody, pri Parkinsonovej chorobe...) (5), nedostatočná koordinácia spolupráce (18). V odbornej a vedeckej literatúre je väčšia pozornosť venovaná farmakoterapii (19). Pri zadaní kľúčových slov v databázach (Scopus, ProQuest, Knovel, Web of Science) nebol nájdený článok, vedecká práca venovaná nefarmakologickej liečbe, ale len jej využitie v terapii ochorení a symptémov - demencia, hypertenzia, Alzheimerova choroba, depresia, insomnia, zápcha, bolesť, osteoartróza, diabetes mellitus.

## Metodológia výskumu

V súčasnosti spracovávame výsledky pilotnej štúdie, kde sme v priebehu apríla - augusta 2017 prostredníctvom kvalitatívnych metód: pološtruktúrovaného rozhovoru (priameho a telefonického), analýzy internetových stránok ústavných zariadení poskytujúcich starostlivosť geriatrickým pacientom, hľadali odpovede na definované ciele.

## Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorili sestry pracujúce na geriatrickom, doliečovacom oddelení a Liečebni pre dlhodobých chorých (LDCH), Oddelení dlhodobých chorých (ODCH) v Ružomberku, Dolnom Kubíne a Liptovskom Mikuláši. Sestry pracujúce vo ViaVitae v Ružomberku. Predpokladom pre výber bola práca v ústavnom zdravotníckom a sociálnom zariadení poskytujúcom starostlivosť geriatrickým pacientom. Pred realizáciou boli komunikanti poučení o priebehu a zameraní rozhovoru a dali súhlas s uverejnením údajov. Priemerný vek sestier bol 42 rokov. Najčastejšie dosiahnuté vzdelanie - 1.stupeň VŠ. Počet sestier/komunikantov bol 68.

## Výsledky

### analýzy internetových stránok

V tabuľke 2 sú uvedené spôsoby liečby v zariadeniach, rozdelené podľa typu zariadenia.

## Výsledky

### pološtruktúrovaného rozhovoru

Pološtruktúrovaný rozhovor sme realizovali so 68 sestrami, priemerná dĺžka rozhovoru bola 30 minút. Väčšinu otázok sme mali pripravených vopred, časť sme doplnili alebo upravili počas priebehu rozhovoru. Pri spracovaní výsledkov sme otázky rozdelili do kategórii:

- I. Liečba vo vyššom veku.
- II. Realizácia nefarmakologickej liečby.
- III. Metódy nefarmakologickej liečby.
- IV. Problémy pri realizácii liečby.

**Kategória I:** v liečbe seniorov prevláda farmakologická liečba - predovšetkým na geriatrických oddeleniach. Seniori užívajú v priemere 6 liekov. Farmakologická liečba je preferovaná aj u samotných seniorov - hlavne medzi 75-

84 rokom. Úroveň spolupráce seniorov pri liečbe je čiastočná. Záujem o nefarmakologickú liečbu je nižší. Sestry odpovedali: „seniori občas vyžadujú iné formy liečby.“ U polymorbídnych a krehkých seniorov ochota spolupracovať a realizovať iné spôsoby liečby klesá.

**Kategória II:** podľa odpovedí sestier sa na ich pracoviskách nefarmakologická liečba využíva nedostatočne, len sestry na doliečovacom oddelení Ústrednej vojenskej nemocnice SNP - Fakultnej nemocnice v Ružomberku a v Centre sociálnych služieb Via Vitae Ružomberok odpovedali pozitívne.

**Kategória III:** sestry najčastejšie využívajú tieto metódy nefarmakologickej liečby: ošetrovateľská rehabilitácia, dietoterapia, fytooterapia, fyzikálna liečba. Sestry na doliečovacom oddelení a ODCH využívajú edukáciu, najčastejšie pri prekladaní, prepúšťaní pacientov. Pri fyzikálnej liečbe sestry aplikujú chlad - u pacientov po ortopedických operáciách, aplikujú teplo a fototerapiu - u imobilných pacientov pri liečbe dekubitov, chronických rán. Súčasťou ošetrovateľskej rehabilitácie je polohovanie pacientov, tréning aktivity denného života a dychová rehabilitácia. V centre sociálnych služieb Via Vitae sa okrem uvádzaných metód využíva kognitívny tréning, zmyslová stimulácia, bazálna stimulácia, arteterapia, ergoterapia.

**Kategória IV:** po vyhodnotení poslednej kategórie sme zistili, ktoré problémy sú prekážkou v efektívnej realizácii nefarmakologickej liečby v ústavných zariadeniach. Nakoľko išlo o kvalitatívnu metódu, uvádzame ich v poradí, ako ich označili sestry:

1. Nedostatok pomôcok (jednorazových, ale aj na opakované použitie).
2. Nedostatočná spolupráca pacienta - hlavne čiastočne imobilného a polymorbídneho.
3. Nedostatok vedomostí o niektorých metódach liečby - najčastejšie o metódach zameraných na liečbu

Geriatrické oddelenia/ kliniky	Doliečovacie oddelenia	ODCH/LDCH
Ružomberok Poprad, Zvolen	Ružomberok Ilava Nové Mesto nad Váhom	Liptovská Štiavnička Dolný Kubín Liptovský Mikuláš Banská Bystrica Trenčín, Ilava Bojnice, Žilina

Tab. 1 Analyzované zdravotnícke zariadenia

Akútna st.	Subakútna st.	Dlhodobá st.
Dietoterapia Aplikácia kyslíka, Ošetrovateľská rehabilitácia, Hydratačná liečba, sekundárna prevencia.	Liečebná výživa a hydratácia, Ošetrovateľská rehabilitácia, Edukácia, ošetrovateľské poradenstvo, Fyzikálna liečba.	Edukácia, Ošetrovateľská rehabilitácia, Prevencia porúch z imobility, Liečebná výživa, Aplikácia zábalov a obkladov.

Tab. 2 Nefarmakologická liečba v skúmaných zdravotníckych zariadeniach

- pacientov s kognitívnymi poruchami a krehkých seniorov.
4. Nezájem vedenia o aplikáciu inovatívnych metód liečby - vedúci pracovníci nepodporujú účasť sestier na vzdelávacích kurzoch alebo seminároch, konferenciách.
  5. Nedostatočná interdisciplinárna spolupráca - sestry uviedli, že nedostatočne spolupracujú s asistentom výživy, sociálnym pracovníkom, klinickým psychológom, logopédom, niekedy aj fyzioterapeutom a rodinnými príslušníkmi.

## Diskusia

Po vyhodnotení výsledkov pilotnej štúdie sa nám potvrdili údaje z odbornej a vedeckej literatúry.

Seniori predovšetkým v období vlastnej staroby (75-89 rokov) preferujú a majú ordinovanú farmakologickú liečbu (4), (13). O nefarmakologickej liečbe nemajú dostatok informácií, niekedy aj z dôvodu bariér v edukácii. Pri rozhovore (priamom i telefonickom) aj sestry uviedli farmakoterapiu ako najčastejší spôsob liečby a poukázali na polyfarmáciu, veľký počet predpísaných liekov. Priemerný počet liekov sa zhoduje s výskumom Dúbravu (19), ktorý udáva, že hospitalizovaní seniori užívali 3,5 - 8 liekov, Krajčíka (2) - 6,55 liekov, Wawrucha (20) - 6 liekov, Zrubáckovej a Krajčíka - 5 liekov (6) Rivera-Paicu, Vera- Grados (21) a Bartošoviča (22).

Pri vyhodnotení cieľov sme zistili, že sestry realizujú nefarmakologické metódy - najčastejšie edukáciu, ošetrovateľskú rehabilitáciu, fyzikálnu liečbu, dietoterapiu, fytoterapiu (užívanie čajov, aplikáciu obkladov, výplachy DÚ). Intervencie realizujú na základe indikácie lekára.

Z oslovených sestier žiadna neuviedla, že využíva bazálnu stimuláciu, čo korešponduje s výskumom Schlosserovej, Mroskovej (23) a Pavelovej (24): „sestry majú vedomosti o koncepte, nepoznajú dostatočne princíp a biografickú anamnézu.“ Podobné

výsledky publikovali i Ižová, Drozdíková (25), zo vzorky 296 sestier len 65 používa koncept bazálnej stimulácie pri svojej práci, ale ani jedna nevyužíva biografickú anamnézu a dokumentáciu. Rovnako sestry v ústavných zdravotníckych zariadeniach pri práci s pacientami s miernou kognitívnou poruchou a demenciou nevyužívajú kognitívnu rehabilitáciu, reminiscentnú terapiu a validáciu. Napriek tomu, že sú to odporúčané metódy v starostlivosti o geriatrických pacientov, ku ktorým existuje niekoľko domácich a zahraničných štúdií. V Slovenskej republike predovšetkým Tomagová, Miertová (26), Tomagová et al. (27) v zahraničných Databázach Zenthöfe et al. (28), Rivera - Paico, Vega - Grados (21)...

Negatívne sa vyjadrovali aj o spolupráci s niektorými členmi interdisciplinárneho tímu. Sestry uviedli, že priamo nespupracujú so sociálnym pracovníkom, asistentom výživy, psychoterapeutom, logopédom.

V zariadení sociálnych služieb bol výsledok pozitívny. Veľmi dobrú odozvu sme zistili u sestier pracujúcich vo Via Vitae, ktoré sa zúčastňujú kurzov venovaných zmyslovej aktivácii seniorov, používajú Bazálnu stimuláciu u imobilných geriatrických pacientov a pacientov s demenciou. Spolupracujú pri ergoterapii, arteterapii. Rovnaký výsledok uvádza aj Friedlová (29): v SR 9 zariadení sociálnych služieb patrí medzi Pracoviská pracujúce s konceptom Bazálnej stimulácie. Aj Tomagová et al. (27) a Ponechalová (30) prezentujú, že v starostlivosti o seniorov s miernou kognitívnou poruchou i demenciou v zariadeniach sociálnych služieb sestry a liečební pedagógovia využívajú reminiscentnú terapiu, validáciu, zmyslovú stimuláciu a Snoezelen terapiu.

## Záver

Starostlivosť o seniora je náročná, dlhodobá, vyžadujúca si individuálny, interdisciplinárny prístup a kombináciu viacerých metód (2). V stratégiách modernej gerontológie (18), ako aj v medzinárodných dokumentoch, sú

prezentované odporúčané liečebné postupy a pri niektorých syndrómoch a diagnózach využívanie nefarmakologickej liečby (9). Aj naša pilotná štúdia bola zameraná na získanie informácií o realizovaní liečby geriatrických pacientov v ústavných zariadeniach a využívaní nefarmakologickej liečby v ošetrovateľskej starostlivosti. Pri vyhodnotení výsledkov sme zistili nedostatky predovšetkým pri spolupráci s jednotlivými členmi tímu, niekedy i samotným seniorom a absenciu metód odporúčaných v starostlivosti o imobilných pacientov a pacientov s poruchami kognitívnych funkcií. Ďalším negatívom bolo preferovanie farmakoterapie v liečbe polymorbídnych seniorov. Z uvedeného nám vyplynuli návrhy pre skvalitnenie praxe: dôležité je predovšetkým zdokonalenie klinickej výučby budúcich odborníkov v praxi (sestier, fyzioterapeutov, liečebných pedagógov, sociálnych pracovníkov), zabezpečiť ich adekvátnu koordináciu spolupráce a primeranú aplikáciu nefarmakologickej liečby. Sestrám pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach umožniť účasť na vzdelávacích aktivitách, prípadne realizovať kurzy priamo v zariadení. V dlhodobej liečbe seniorov kombinovať rehabilitáciu, aktívne, pasívne cvičenie, liečebnú výživu a hydratáciu s farmakologickou liečbou.

## Bibliografické zdroje

1. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. s. 270. ISBN 978-80-247-5229-7.
2. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. Geriatria pre praktického lekára. Bratislava: Herba, 2015. s. 408. ISBN 978-80-89631-31-5.
3. BARTOŠOVIČ, I. Vybraná problematika gerontológie a geriatrie. 1. Diel. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2014. s. 88. ISBN 978-80-8132-101-6.
4. PROKEŠ, M., SUCHOPÁR, J. Obecné problémy farmakoterapie ve stáří. In *Medical Tribune*, č. 1, 2012. [online]. 14.3.2012. [vid.

2017-06-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/26043--obecne-problemy-farmakoterapie-ve-stari>.

5. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. Geriatria. Bratislava : Herba, 2010. s. 608. ISBN 978- 80- 89171-73-6.
6. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š. a kol. Farmakoterapie v geriatrii. Praha: Grada, 2016. s. 224. ISBN 978-80-247-5229-7.
7. SUCHÝ, D., HROMÁDKA, M. Příspěvek k problematice geriatrické farmakoterapie. In: *Praktické lékařnictvo*. 2011, roč. 1, č. 4, s. 175-178. ISSN 1338-3132.
8. KOMJÁTHY, H. Riziká farmakoterapie geriatrických pacientov. In: *Praktické lékařnictvo*. 2016, roč. 6, č. 1, s. 8-12. ISSN 1338-3132.
9. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. et al. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: Gerontologické centrum, 2007. s. 145. ISBN 978-80-254-0179-8.
10. Liečba. In Slovenská encyklopédia [online]. 2.6.2014. [vid. 2017-06-27]. Dostupné z: <https://sk.wikipedia.org/wiki/Lie%C4%8Dba>.
11. PALÁT, M. Behaviorizmus, behaviorálna medicína, behaviorálna terapia . In: *Eurorehab : časopis pre otázky fyzikálnej a rehabilitačnej medicíny : journal of physical and rehabilitation medicine*. 2002. roč. 12, č. 3, s. 131-132. ISSN 1210-0366.
12. NÉMETH, F. Geriatrická krehkosť. In: *Geriatria*. 2016. roč. XXII, č. 2, s. 90-97. ISSN 1335-1850.
13. FULMEKOVÁ, M. a kol. Geriatrický pacient a kvalita života. In: *Praktické lékařnictvo*. 2012, roč. 2, č. 1, s. 26-28. ISSN 1338-3132.
14. KUCHARSKA, E., KAMANOVA, I. *Senior-Gerontologia i praca socjalna*. Kraków: Goodstudio, 2015. s. 226. ISBN: 978-83-943596-0-7.
15. CAVALIERI, T. A. Management of Pain in Older Adults. In: *JAOA*. Supplement 1. 2007. vol. 105, no. 3, p.12-17.
16. Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom v znení neskorších predpisov.
17. PALÚCHOVÁ, D., HEGYI, L. Súčasné možnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. In: *Geriatria*. 2012. roč. XVIII, č. 3, s.120-126. ISSN 1335-1850.
18. DÚBRAVA, M. Niečo nové? In: *Geriatria*. 2016, roč. XXII, č. 2, s. 57-58. ISSN 1335-1850.
19. DÚBRAVA, M. Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. In: *Via Practica*. 2006. č.7-8. s. 327-332. ISSN 1336-4790.
20. WAWRUCH, M. et al. Perception of potentially inappropriate medication in elderly patients by Slovak physicians. In: *Pharmacoepidemiol. Drag. Saf.* 2006, vol. 15, no. 11, p. 829-834.
21. RIVERA-PAICO, L., VEGA-GRADOS, J. Incidence of polypharmacy in hospitalized seniors. In: *Revista del cuerpo medico del hospital nacional almanzor aguinaga asenjo*. 2017, vol. 10, iss. 2, p. 69-74.
22. BARTOŠOVIČ, I. Vybraná problematika gerontológie a geriatrie. 2. Diel. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2014. s. 90. ISBN 978-80-8132-102-3.
23. SCHLOSSEROVÁ, A., MROSKOVÁ, S. Uplatnenie bazálnej stimulácie v klinickej ošetrovateľskej praxi. In: *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2010. s. 124- 127. ISBN 978-80-555-0233-5.
24. PAVELOVÁ, Ľ. Implementácia prvkov bazálnej stimulácie do klinickej praxe. In: *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Ružomberok: Verbum, 2010. s. 143- 147. ISBN 978-80-8084-548-3.
25. IŽOVÁ, M., DROZDÍKOVÁ, K. Využitie konceptu bazálnej stimulácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: JLFUK, 2011, s. 128-134. ISBN 978-80-89544-00-4.
26. TOMAGOVÁ, M., MIERTOVÁ, M. Kognitívna rehabilitácia ako ošetrovateľská intervencia. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: JLFUK, 2011, s. 386-395. ISBN 978-80-89544-00-4.
27. TOMAGOVÁ, et al. Príčiny predčasného ukončenia kognitívnej rehabilitácie pacienta s demenciou alzheimerovho typu. In: *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2012, č. 6, s. 311-317. ISSN 1212-0383.
28. ZENTHÖFER, A. et. al. District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. In: *CLINICAL INTERVENTIONS IN AGING*. 2016, vol. 11, p. 1755-1762. ISSN 1176-9092.
29. FRIEDLOVÁ, K. Inštitut bazální stimulace. In: *Diagnóza v ošetrovateľstvi*. 2014, roč. X, č. 1, s. 40- 41. ISSN 1801-1349.
30. PONECHALOVÁ, D. Snoezelen: úvod do tématiky. Bratislava: 3lobit, 2009. s. 16.

#### Kontakt na autorov

PhDr.Katarína Zrubakova,PhD.  
PhDr.Mária Novysedlakova,PhD.  
PhDr.Bc. Eva Moravčíkova,PhD.

Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok  
Nám. A. Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
T.č. 0918 722 187

# SPOKOJNOSŤ GERIATRICKÝCH PACIENTOV A KLIENTOV S POSKYTOVANOU ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU

THE SATISFACTION OF GERIATRIC PATIENTS AND CUSTOMERS WITH PROVIDED HEALTH CARE

VALÉRIA HORANSKÁ<sup>1</sup>, ĽUBOMÍRA LIZÁKOVÁ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Stredná zdravotnícka škola sv. Alžbety, Košice

<sup>2</sup> Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov

## Abstrakt

Cieľom príspevku je analýza spokojnosti geriatrických pacientov a klientov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou z pohľadu všeobecnej spokojnosti, technickej kvality, interpersonálneho prístupu, komunikácie, finančného aspektu, času stráveného s lekárom, prístupnosťou a pohodlím. Výskum bol realizovaný pomocou štandardizovaného dotazníka na geriatrických oddeleniach a domove pre seniorov v Košiciach, v čase od januára 2016 do marca 2016, typom dotazníka PSQ -18. Geriatrický pacient sa javí ako nie veľmi kritický. Výsledky analýzy výskumu poukazujú na potrebu zlepšovania poskytovaných služieb v niektorých oblastiach. Zamerať sa máme predovšetkým na finančné zabezpečenie seniorov. Seniori sa javia ako nenároční pacienti a v mnohých prípadoch im stačí empatický prístup, čas ktorý sme ochotní im venovať a v neposlednom rade záujem. Práve tieto atribúty - vieme ponúknuť geriatrickým pacientom a klientom, bez ohľadu na materiálne a finančné zabezpečenie zariadenia a je len na nás ako sa k tejto problematike postavíme.

## Kľúčové slová

geriatrický pacient, dotazník PSQ – 18, spokojnosť, zdravotná starostlivosť

## Abstract

The aim of the paper is to analyze the satisfaction of geriatric patients and patients with health care provided in terms of general satisfaction, techni-

cal quality, interpersonal approach, communication, financial aspect, time spent with the doctor, availability and comfort. The research was conducted using a standardized questionnaire in geriatric wards and in seniors' homes in Kosice, from January 2016 to March 2016, and PSQ-18 questionnaire. The geriatric patient appears to be not very critical. The results of the research analysis point to the need to improve the services provided in some areas. Focus primarily on financial security for seniors. Seniors appear to be low-demanding patients and in many cases they only demand an empathy approach and time which we are willing to give them and interest, at least. It is these attributes we offer to geriatric patients and clients, regardless of the material and financial security of the equipment and depends only on us how we are able to deal with this issue.

## Key words

geriatric patient, PSQ - 18 questionnaire, satisfaction, health care

## Úvod

Orientácia štúdie na seniora bola cieľená a súvisí s postavením tejto skupiny obyvateľov v súčasnej spoločnosti. Pre seniora ale aj pre spoločnosť je dôležité pripraviť sa na dôsledky, ktoré sebou starnutie a staroba prináša. Najčastejšie ide podľa Balogovej (1) o ekonomické, sociálno-zdravotné a psycho-sociálne dôsledky. Čo sa potvrdilo aj v tejto štúdii. Spokojnosť, alebo nespokojnosť pacienta nám pomáha identifikovať prečo sa v nie-

ktorých situáciách pacient správa tak, ako sa správa. Uspokojovanie či neuspokojovanie potrieb sa odráža vo vedomí pacienta ako subjektívna spokojnosť, alebo nespokojnosť s danou starostlivosťou. Dôležitú úlohu hrá prístup, správanie sa, komunikácia a dodržiavanie určitých zásad zo strany zdravotníckeho personálu (2). Je sporné, čo má na mysli pacient, keď je spokojný s lekárskou starostlivosťou a naopak, čo pod pojmom spokojný pacient rozumie lekár. Chorí ľudia pociťujú obavy spojené so zdravotným stavom, preto sú emócie omnoho intenzívnejšie ako za normálnych okolností (3). Faktory, ktoré vedú k spokojnosti či nespokojnosti pacientov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou vyplývajú z faktorov, ktoré možno rozdeliť do šiestich skupín: lekár, sestra, pacient, poskytovaná starostlivosť, prostredie, zdravotníctvo (4). Prostredie, v ktorom sa poskytujú zdravotnícke služby môžeme rozdeliť na oblasť fyzickú a psychicko-duchovnú oblasť. Fyzická oblasť liečebného prostredia je dôležitý aspekt, ktorý vníma nielen pacient ale aj jeho rodina. Patrí sem vstupný priestor zariadenia zdravotníckych služieb, jeho estetická úprava, recepcia a pracovník recepcie, aktivity na rozptýlenie pacienta počas čakania na liečebný a diagnostický výkon. Medzi aspekty psychicko-duchovného liečebného prostredia patria dve dimenzie - vnútorné a vonkajšie. Medzi faktory vonkajšej dimenzie patrí ako pacient vníma atmosféru personálu na oddelení, ich správanie, verbálnu a neverbálnu komunikáciu,

či z personálu vyžaruje pokoj, ocho-  
ta a aké sú vzájomné vzťahy medzi  
lekármi, sestrami a inými zamestnan-  
cami. Do vnútornej dimenzie liečeb-  
ného prostredia zaraďujeme pocit  
dôležitosti pacienta pre personál  
zariadenia, obavy z diagnostického  
alebo terapeutického výkonu. Veľmi  
dôležitým aspektom vnútornej dimen-  
zie liečebného prostredia je možnosť  
spolurozhodovania pacienta na jeho  
liečbe (5). Informácie získané me-  
raním spokojnosti zákazníkov a ich  
dynamické vyhodnocovanie umožňu-  
je vedeniu organizácie poznať a sle-  
dovať niektoré ďalšie ukazovatele  
výkonnosti, vrátane ekonomických  
výsledkov, ale aj vývoj miery spokoj-  
nosti zákazníkov by mal byť jedným  
z dôležitých impulzov pre procesy ne-  
ustáleho zlepšovania (6). Nevyhnut-  
nou podmienkou pre zvyšovanie kva-  
lity poskytovaných služieb je poznať,  
či je klient spokojný s poskytovanými  
službami a čo by sa dalo zlepšiť.

**Analýza a interpretácia výsledkov**  
Cieľom výskumu bolo zistiť mieru  
spokojnosti geriatrických pacientov  
a klientov s poskytovanou zdravotnou  
starostlivosťou .

### Metódy a postup prieskumu

Výskum sme realizovali v mesiacoch  
január a marec 2016 vo Vysokošpe-  
cializovanom odbornom ústave ge-  
riatrickom sv. Lukáša v Košiciach n.  
o (GC) a domove dôchodcov Arcus  
v Košiciach (DD). Tieto pracoviska  
súhlasili s realizáciou výskumu na ich

pôde, za čo im úprimne ďakujeme.  
Výber respondentov bol zámerný.  
Tvorili ho výlučne seniori. Oslove-  
ných bolo 300 respondentov, návrat-  
nosť dotazníkov bola 87%. Vzorku  
tvorilo 261 respondentov. Z toho 117  
respondentov GC a 143 responden-  
tov bolo z DD. Zber informácií sme  
realizovali formou štandardizovaného  
dotazníka „Dotazník spokojnosti pa-  
cienta – skrátená verzia“ (The patient  
satisfaction questionnaire – short  
form, PSQ-18) autorov Ware et al.  
(1976). Dotazník zahŕňa celkovo 18  
položiek, ku ktorým sa respondent  
vyjadruje s použitím 5-zložkovej Li-  
kertovej škály (1 – rozhodne súhla-  
sím, 5 – rozhodne nesúhlasím). Mož-  
né rozmedzie priemernej hodnoty sa  
pohybuje od 1 do 5, pričom vyššia  
hodnota priemeru poukazuje na väč-  
šiu nespokojnosť respondenta. Mera-  
cí nástroj integruje 7 subškál:

1. všeobecná spokojnosť („general satisfaction“) – tvorená položkami 3 a 17,
2. technická kvalita („technical quality“) – tvorená položkami 2, 4, 6 a 14,
3. interpersonálny prístup („interpersonal manner“) – tvorená položkami 10 a 11,
4. komunikácia („communication“) – tvorená položkami 1 a 13,
5. finančné aspekty („financial aspects“) – tvorená položkami 5 a 7,
6. čas strávený s lekárom („time spent with doctor“) – tvorená položkami 12 a 15,

7. prístupnosť a pohodlie („accessibility and convenience“) – tvorená položkami 8, 9, 16 a 18 (7).

Pre spracovanie dát sme použili funk-  
cie programu Microsoft Office Excel  
2007. V rámci deskriptívnej štatisti-  
ky boli použité základné informácie  
o mierach centrality (početnosť – n,  
percentuálne zastúpenie – %, prie-  
mer / priemerné hodnoty – Mean,  
štandardná odchýlka – SD). Pre ove-  
renie normality rozloženia dát sme  
použili Histogram a pri štatistickej  
komparácii dát a vyhodnotení hypo-  
téz bol použitý Studentov t- test a Pe-  
arsov koleračný koeficient (P value).

### Charakteristika súboru respondentov

Súbor bol tvorený 261 respondentmi.  
Z toho 116 respondentov GC – 35  
mužov a 81 žien. V DD vzorku tvo-  
rilo 145 respondentov – 35 mužov  
a 110 žien. Priemerný vek žien bol  
79, priemerný vek mužov 78 rokov.  
Ženy v GC boli v priemere o 3 roky  
staršie ako muži. Respondenti sú  
v 60% vdovci/vdovy, a len v 21% že-  
natí/vydaté.

### Analýza a interpretácia výsledkov

Predkladáme výsledky výskumu sú-  
visiace s hlavným cieľom : Zistiť mie-  
ru spokojnosti geriatrických pacientov  
a klientov s poskytovanou zdravotnou  
starostlivosťou. Základná deskriptív-  
na štatistika je uvedená v tabuľke 1.

Subškály	Mean	SD	Minimálna hodnota	Maximálna hodnota
Všeobecná spokojnosť	2,5	0,64	1	4
Technická kvalita	2,64	0,53	1	4
Interdisciplinárny prístup	2,86	0,57	1	4
Komunikácia	2,82	0,59	1	4,5
Finančné aspekty	2,74	0,8	1	5
Čas strávený s lekárom	2,93	0,85	1	5
Prístupnosť a pohodlie	2,57	0,56	1	3,75
<b>Celkové skóre spokojnosti</b>	<b>2,71</b>	<b>0,28</b>	<b>1,83</b>	<b>3,2</b>

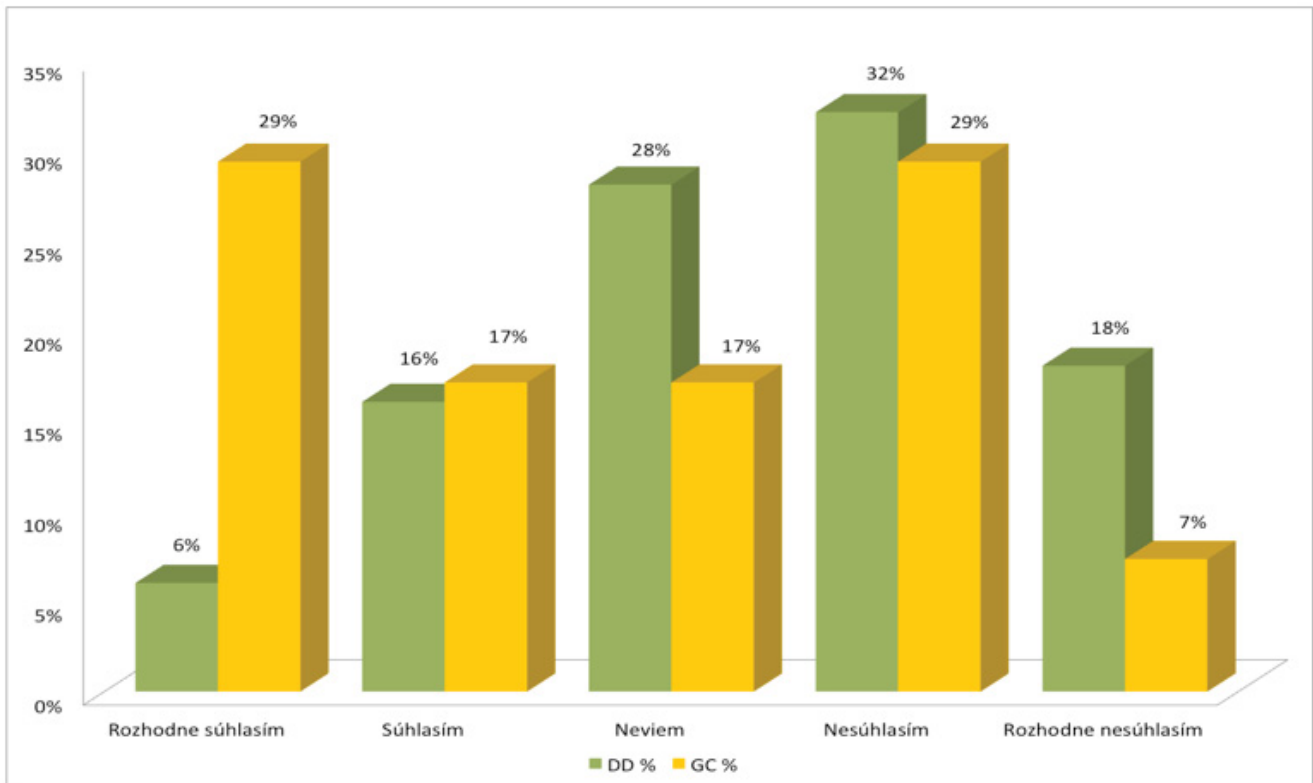
Tabuľka 1 Deskriptívna štatistika položiek meracieho nástroja „The patient satisfaction questionnaire – short form“  
Pozn. Možné rozmedzie: 1 – 5



Analýzou dát sme zisťovali, či sú respondenti spokojní s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Pričom až 89% respondentov sa nevie vyjadriť k všeobecnej spokojnosti. Hodnota Mean bola v tom tomto prípade 2,5 (tabuľka 1). Domnievame sa, že to môže súvisieť s tým, že starší ľudia sa nechcú kriticky vyjadrovať, vzhľadom k ich očakávaniam, skúsenostiam a dobe v ktorej žili pred demokratickým usporiadaním našej krajiny.

Ďalej sme sledovali, či existuje súvislosť medzi poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a bydliskom respondentov. Predpokladali sme, že nie je rozdiel v miere spokojnosti

s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a bydliskom ( mesto/dedina). Analýzou získaných výsledkov pomocou t-testu sme zistili, že neexistuje súvislosť medzi mierou spokojnosti s poskytovanou starostlivosťou u seniorov a ich bydliskom. Hodnota P value bola v tomto prípade 0,60.



Graf 1 Hodnotenie: Za lekársku starostlivosť o moju osobu platím viac ako si môžem dovoliť

Tabuľka	T.Test - statistical signification/ statistická významnosť
Korelácia T –test spokojnosť vo vzťahu k zariadeniu	P (0,05)
General satisfation/ Všeobecná spokojnosť – 1, 17 - AVG	0,608145688
Technical quality/ Technická kvalita - 2, 4, 6, 14 - AVG	0,966288358
Interpersonal Manner/ Medziľudské vzťahy - 10 a 11 - AVG	0,671799359
Communication/ komunikácia - 1, 13 - AVG	0,727778994
Financial Aspects/ Finančné aspekty - 5, 7 - AVG	0,082077629
Accessibility and Convenience/ Prístupnosť a pohodlie - 8,9,16,18 -AV	0,148692622
ALL/ Spolu – 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 - AVG	0,276311153
Pozn. *Korelácia je signifikantná na úrovni < 0,05	

Tabuľka 2 Korelácia vzťahu spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a zariadením, v ktorom bol respondent umiestnený

Zamerali sme sa aj na to, či sa signifikantne líši spokojnosť s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou z pohľadu pohlavia. Na základe T-testu, kde P value je 0,88 sme zistili, že neexistuje súvislosť medzi spokojnosťou s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a príslušnosťou k ženskému alebo mužskému pohlaviu. Nepredpokladali sme, že ženy budú mať vyššie očakávania, ktoré sa týkajú poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čo sa potvrdilo.

Sledovali sme aj vzťah medzi mierou spokojnosti respondentov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a vekom respondentov. Hodnota P value v tomto prípade bola 0,61. Pričom sme respondentov rozdelili do dvoch skupín. Prvú skupinu tvorili respondenti vo veku od 60 do 74 rokov. Druhú skupinu tvorili respondenti vo veku 75 a viac rokov. Nepredpokladali sme, že prvá skupina tvorená respondentmi rannej staroby, bude viac kritická k poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ako skupina respondentov starších ako 75 rokov. Náš predpoklad sa teda potvrdil.

Ďalej sme sledovali vzťah medzi spokojnosťou s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a aktuálnym umiestnením respondenta v GC alebo DD. Predpokladali sme, že neexistuje súvislosť medzi umiestnením seniora v GC alebo DD a spokojnosťou s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, čo sa nám aj potvrdilo P value 0,27 (tabuľka 2).

Pri analýze výsledkov sme zistili aj niektoré zaujímavé fakty. Jedným zo zistení bolo, že až 46% hospitalizovaných respondentov si myslí, že platí za zdravotnú starostlivosť viac ako si môže dovoliť, pričom v DD je to len 22% respondentov (graf 1). Tento fakt podporuje aj hodnota p 0,08 v oblasti finančných aspektov (tabuľka 2).

Positívnym výstupom bolo zistenie, že v oboch typoch zariadení je skoro polovica respondentov spokojná s časom, ktorý s nimi pri ošetrovaní strávia, ale 30% respondentov sa vyjadrilo, že sa pri vyšetrení veľmi ponáhľame.

### Diskusia

Zlepšovanie kvality poskytovaných zdravotníckych služieb si vyžaduje neustále monitorovanie spokojnosti pacientov/klientov, čo umožňuje organizácií napredovať v procese neustáleho zvyšovania kvality. Napriek tomu si niektoré organizácie neuvedomujú možnosť využívanie spätnej väzby, prostredníctvom efektívne fungujúceho systému merania spokojnosti klientov. Na základe tohto monitoringu je možné dosiahnutie lepšej výkonnosti a zlepšenie kľúčových výsledkov organizácie (8).

Analýzou výsledkov sme zistili, že až 89% respondentov sa nevie vyjadriť k všeobecnej spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou (Mean 2,5). Predpokladáme, že tento údaj je ovplyvnený výberom vzorky, ktorú tvorili výlučne seniori, ktorí nie sú vo svojich očakávaniach takí nároční ako napríklad ľudia vo veku strednej dospelosti. Môže to však súvisieť aj s tým, že starší ľudia sa nechcú kriticky vyjadrovať, vzhľadom k skúsenostiam a dobe v ktorej žili pred demokratickým usporiadaním našej krajiny. Arvaiová (9) uvádza celkové skóre spokojnosti pacientov Mean 4,12. Treba však podotknúť, že priemerný vek respondentov v jej práci bol 47,54 rokov.

Pri hodnotení miery spokojnosti respondentov v súvislosti s ich bydliskom (život v meste/ na dedine) sme dospeli k záveru, že neexistuje súvislosť medzi týmito ukazovateľmi P value je 0,28. K rovnakým výsledkom dospeli aj kolegovia vo výskume realizovanom v Pittsburgu, ktorí rovnako ako

rozdiely v miere spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou v súvislosti s bydliskom v meste alebo na dedine (10). Analýzou dát sme hodnotili aj súvislosť medzi mierou spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a pohlavím a dospeli sme k záveru, že neexistuje signifikantný vzťah medzi týmito premennými (p 0,88). Samohýl (11) vo svojej práci uvádza: „štatistický signifikantný rozdiel v odpovediach medzi mužmi a ženami sa nám nepotvrdil (p > 0,05)“. Sledovali sme aj vzťah medzi mierou spokojnosti respondentov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a vekom respondentov. Súvislosť tohto vzťahu sa nám nepotvrdila. Hodnota P value v tomto prípade bola 0,61. Za účelom posúdenia rozdielov v miere spokojnosti respondentov s ohľadom na ich vek sme respondentov rozdelili do dvoch skupín. Našu výskumnú vzorku tvorili respondenti vo veku 60 – 74 rokov a druhú skupinu respondenti vo veku 75 a viac rokov. Vo výskume realizovanom v Kuala Lumpur, Malajzii na vzorke 340 pacientov vo veku 13 až 80 rokov rovnakým dotazníkom (Short-Form Patient Satisfaction Questionnaire –PSQ -18). V tomto výskume sa potvrdilo, že najviac nespokojní sú pacienti vo vekovej skupine od 31 do 40 rokov v porovnaní so skupinou pacientov vo vyššom veku (12). Pri hodnotení vzťahu spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a zariadením, kde boli aktuálne umiestnení sme nedospeli k štatisticky signifikantným rozdielom (p 0,27). Spokojnosť s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou bola v našom prípade hodnotená pozitívne. Zistili sme však aj niektoré zaujímavé fakty. Kde napríklad až 46% hospitalizovaných respondentov uvádza, že platí za zdravotnú starostlivosť viac ako si môže dovoliť. Tento údaj sa javí ako alarmujúci. Súčasné postavenie seniorov a ich finančné zabezpečenie si vyžaduje zvýšenú pozornosť. V prípade absencie podpory

zo strany rodiny, môžu byť finančné náklady na zdravotnú starostlivosť pre starších ľudí likvidačné. Podľa Haškovcovej (13) v minulosti medzi generáciami fungovala výmenná služba. Deti splácali svojim rodičom dlh za svoju výchovu a podporu. Ekonomická vláda a efektívnosť bola predávaná z jednej generácie na druhú, čo však v súčasnej rodine absentuje. Ako sa uvádza Repková a kol. (14) vysoké ceny liekov a zdravotných služieb sú hlavným faktorom zhoršenej ekonomickej situácie u osôb so zhoršením zdravotným stavom. Finančné zabezpečenie seniorov si nevyhnutne žiada spolupráca rodiny, samosprávy a štátu. Pozornosť by sme mali venovať aj času, ktorý strávime so seniormi pri ich ošetrovaní. V tejto oblasti by bolo vhodné doplniť údaje, čo je dôvodom nedostatku času na ošetrovanie, čo sme v našej práci nesledovali.

### Záver

Na Slovensku sa v poslednom období venuje zvýšená pozornosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Pacient/klient si môže poskytovateľa vybrať na základe rôznych kritérií, medzi ktoré nesporne patrí spokojnosť s poskytovanými službami. Seniori sú veľmi špecifickou skupinou, ktorej sa momentálne začína venovať zvýšená pozornosť, ktorá je spôsobená predovšetkým starnutím populácie a zmenou v štruktúre rodiny. Aktuálne sa pripravuje zákon o dlhodobej starostlivosti, ktorý sa bude vo veľkej miere venovať aj starostlivosti o seniorov. Naš výskum je jedným z pohľadov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť o seniorov, žiaľ nemožno ho aplikovať na celkovú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky, pre lokálny výber respondentov v štúdií. Preto navrhujeme zadávať projekty plošne, tak by sa dal využiť ich potenciál na národnej úrovni, pričom lokálne výskumy pomôžu nie len v mieste získavania údajov,

ale prispievajú k celkovému zlepšeniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nadmerné finančné zaťaženie seniorov, si vyžaduje komplexné zapojenie štátnych, samosprávnych, obecných orgánov, ale nevynechajúc aj podporu rodiny. Na základe analýzy výsledkov štúdie sa seniori javia ako nenároční klienti, ktorým v mnohých prípadoch uspokojí ľudský prístup, empatia a čas, ktorý sme ochotní im venovať. Snažme sa preto ovplyvniť veci, ktoré vieme zmeniť bez ohľadu na materiálne a finančné zabezpečenie. Myslime na to, že ľudský prístup, úsmev a pohladenie mnohokrát znamenajú pre staršieho človeka viac ako špičková liečba.

### Zdroje

1. BALOGOVÁ, B. 2005. Seniori. Prešov: AKCENT PRINT, 2005, 158 s. ISBN 80-969274-1-8
2. TÓTHOVÁ, V. a kol. 2011. Viac odhodlania do sebareflexie. In Zdravotnícke noviny. ISSN 1335-4477, 2011, roč. 18, s. 5
3. LÁVIČKOVÁ, J. 2006. Kvalita ošetrovateľskej péče očima pacientu. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31
4. MAREŠ, J. 2009. Spokojnosť pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. In Praktický lékař. ISSN 0032-6739, 2009, roč. 89, č. 2, s. 59-64
5. ŠKRLA, P. - ŠKRLOVÁ M. 2003. Kreativní ošetrovateľský management. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1
6. GEJDOŠ, P., ŠATANOVÁ, A. 2010. Ekonomika kvality. TU Zvolen, Zvolen 2010, 97s. ISBN 978-80-228-2123-0
7. MARSHALL, N., G., HAYS, R., D. 1994. The patient satisfaction questionnaire short form. 1994. [online]. [cit. 2015-11.12]. Dostupné na internete: <http://www.prgs.edu/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>
8. GEJDOŠ, P., ŠATANOVÁ, A.

2010. Ekonomika kvality. TU Zvolen, Zvolen 2010, 97s. ISBN 978-80-228-2123-0

9. ARVAIOVÁ, T. 2015. Súčasný trend jednodňovej starostlivosti v chirurgickom ošetrovatelstve. Rigorózná práca. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety. Bratislava. 2016. 75 s.
10. WILLIAM S. et al. 2004. Patient Satisfaction in Resident and Attending Ambulatory Care Clinics. In Journal of General Internal Medicine. [online]. IV. roč. č. 11/2004. [vid. 2017-10.12]. s. 755–759. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2001.91005.x/pdf>
11. SAMOHÝL, M. 2014. Kvalita zdravotnej starostlivosti. In: Postgraduálni medicína [online]. [vid. 2017-10.12.]. Dostupné na internete: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/kvalita-zdravotnej-starostlivosti-477102>
12. GANASEGERAN, K. 2015. Patient Satisfaction in Malaysia's Busiest Outpatient Medical Care. 2015. In The Scientific World Journal. [online]. VI. Roč. č.4/2015. [vid. 2017-09.08]. s.15-19. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/714754>
13. HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 450 s. ISBN 80-7038-158-2
14. REPKOVÁ, K a kol. 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (3). IVPR, Bratislava, 2011.229s. ISBN: 978-80-7138-133-4

### Kontakt na autora

PhDr. Valéria Horanská, PhD.

Baška 184, 04016 Košice

SZŠ sv. Alžbety

Mäsiarska 25

04001 Košice

Email: [valeria.horanska@gmail.com](mailto:valeria.horanska@gmail.com)

