

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství
Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta
Ústav ošetrovatelstva

OŠETŘOVATELSKÝ VÝZKUM A PRAXE ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

Z

X. mezinárodního sympozia ošetrovatelství

Ostrava 26. květen 2016



Editoři: PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Recenzenti: Mgr. Radka Kurucová, Ph.D.

Rukopisy neprošly jazykovou úpravou. Autoři jsou za jazykovou a formální úroveň rukopisu plně odpovědní.

- © Radka Bužgová, Lucie Sikorová 2016
- © Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

ISBN 978-80-7464-826-7

OBSAH

Beata Babiarczyk, Brygida Małutowska-Dudek, Agnieszka Turbiarz ANALYSIS OF HEALTHY AND UNHEALTHY BEHAVIOURS IN HYPERTENSIVE PATIENTS.....	8
Ivana Bóriková, Martina Tomagová POSUDZOVANIE RIZIKA PÁDU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV – KOMPARATÍVNA ŠTÚDIA.....	16
Jana Burešová, Katarína Žiaková OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU.....	18
António Calha, Raul Cordeiro LEVEL OF KNOWLEDGE OF FORMAL CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S PATIENTS: AN EXPLORATORY STUDY (E-POSTER)	20
António Calha, Raul Cordeiro SELF-RATED HEALTH STATUS A LONGITUDINAL STUDY OF THE ELDERLY POPULATION LIVING IN PORTALEGRE HISTORIC CITY CENTER (E-POSTER)	21
Sabina Cejnarová, Jana Škvrňáková SCREENING SLUCHU U NOVOROZENCŮ V SOUVISLOSTI S RIZIKOVÝMI FAKTORY (E-POSTER)	22
Raul Cordeiro, Salvador Postigo Mota, Eduardo Ribeiro, Rui Quintino LONELINESS AND HAPPINESS IN OLD AGE: A NEW WAY OF NURSES LOOK FOR OLDER PEOPLE.....	24
Jana Cuperová, Jana Šulcová, Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Lívia Hadašová POSUDZOVANIE RIZIKA VZNIKU MIMORIADNYCH UDALOSTÍ SESTRAMI V KLINICKEJ PRAXI.....	31
Juraj Čáp DŮSTOJNÉ UMIERANIE – SKÚSENOSTI S VÝUČBOU.....	38
Šárka Dynáková, Liana Greiffeneggová UPLATNĚNÍ SUPERVIZE V SESTERSKÉ PRAXI.....	40
Ivan Farský, Mária Zanolitová, Martina Lepiešová SPIRITUÁLNE POTREBY SENIOROV ŽIJÚCICH V KOMUNITNÝCH ZARIADENIACH.....	42
Terézia Fertal'ová, Jana Cuperová, Iveta Ondriová, Lívia Hadašová PODÁVANIE TRANSFÚZNYCH LIEKOV - TEÓRIA A PRAX.....	44
Michaela Gehrová, Darja Jarošová RATIONING V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	50
Petra Gombalová, Ilona Plevová BEZPEČNOSTNÍ PROCES NA OPERAČNÍM SÁLE (E-POSTER)	56

Liana Greiffeneggová, Šárka Dynáková, Pavel Neveselý GENDEROVÉ STEREOTYPY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	58
Elena Gurková, Katarína Žiaková, Silvia Cibíriková, Dagmar Magurová, Anna Hudáková, Slávka Mrosková FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE EFEKTÍVNOSŤ KLINICKÉHO PROSTREDIA V PREGRADUÁLNEJ PRÍPRAVE SESTIER.....	60
Lívia Hadašová, Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová SKÚSENOSTI S REALIZÁCIOU EDUKAČNÉHO PROGRAMU ZAMERANÉHO NA PREVENCIU NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ.....	62
Jana Chrásková, Mária Boledovičová, Karel Hrach VALIDACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ KLASIFIKACE NIC V NEONATOLOGICKÉ PÉČI.....	68
Jana Chromá RIZIKO PÁDU V PEDIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	74
Elena Janiczeková, Tatiana Rapčíková, Veronika Ondrejková, Anna Melichová VÝSKUM EFEKTIVITY INTRAVENÓZNEHO APLIKOVANIA VITAMÍNU C Z HĽADISKA OVPLYVNENIA KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV.....	75
Darja Jarošová, Renáta Zeleníková, Radka Kozáková, Kamila Majkusová, Radim Líčeník, Milan Stolička VÝSLEDKY PILOTNÍ IMPLEMENTACE KLINICKÉHO DOPORUČENÉHO POSTUPU PREVENCE PÁDŮ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ.....	83
Sanja Juretić, Sandra Bošković, Daniela Malnar THE QUALITY OF LIFE PATIENCE WITH STOMA.....	85
Katharina Kapsch, Michaela Sorber, Lena Dorin, Wilfried Schnepf, Andreas Büscher HOMELESS PEOPLE: A LITERATURE REVIEW ON THE EXPERIENCES WITH NURSING CARE IN THE CONTEXT OF HEALTH PROBLEMS.....	93
Jana Konečná, Zdeňka Mikšová ALGORITMUS LINGVISTICKÉ VALIDIZACE MĚŘÍCÍHO NÁSTROJE (E- POSTER).....	100
Radka Kozáková, Eva Reiterová, Šárka Vévodová, Jiří Vévoda, Bronislava Grygová VZÁJEMNÉ VZTAHY MEZI KVALITOU ŽIVOTA, ZÁTĚŽÍ A SYNDROMEM VYHOŘENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ PROFESIONÁLNÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČE (E-POSTER)	102
Radka Kozáková, Šárka Vévodová, Jiří Vévoda, Lukáš Merz ZÁTĚŽ A SYNDROM VYHOŘENÍ U RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH.....	104

Radka Kozáková, Radka Bužgová VÝSKYT, FORMY A PSYCHICKÉ SOUVISLOSTI MOBBINGU U VŠEOBECNÝCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICE (E-POSTER)	111
Petra Kramná, Yveta Vrublová INTERVENCE BĚHEM PORODU A PORODNÍ PORANĚNÍ - EVIDENCE BASED PRACTICE.....	113
Taťána Kršíková, Renáta Zeleníková ČESKÁ VERZE ŠKÁLY „POZITIVNÍ ASPEKTY PEČOVÁNÍ“	122
Martina Lepiešová, Ivana Bóriková, Juraj Čáp, Ivan Farský, Radka Kurucová, Jana Nemcová, Anna Ovšonková, Martina Tomagová, Mária Zanolitová, Katarína Žiaková IDENTIFIKÁCIA VÝSKYTU A ANALÝZA AGRESIE PACIENTOV VOČI SESTRÁM – PROJEKT VEGA 1/0217/13.....	127
Soňa Loudová, Zdeňka Mikšová, Jana Konečná, Eva Reiterová HODNOCENÍ DIAGNOSTICKÝCH PRVKŮ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY NARUŠENÉ PROCESY V RODINĚ (00060) Z HLEDISKA VÝZNAMNOSTI A SROZUMITELNOSTI.....	134
Hana Lukšová, Eva Janíková MOŽNOSTI HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH KOMPETENCÍ STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA.....	136
Petra Mandysová, Jana Škvrňáková, Edvard Ehler VYUŽITÍ OSMIPOLOŽKOVÉ METODY PRO SCREENING DYSFAGIE SESTROU...138	
Zdeňka Mikšová, Jana Konečná, Jana Buchtíková, David Školoudík, Eva Reiterová HODNOCENÍ SELF MANAGEMENTU U PACIENTŮ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM ZA POUŽITÍ PIH ŠKÁLY	145
Markéta Moravcová, Jana Holá VYUŽITÍ ELEKTRONICKÉ FORMY NÁSTROJE HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA U ŽEN PO MENOPAUZE.....	147
Salvador Postigo Mota, Raul Cordeiro, Eduardo Ribeiro, Rui Quintino ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIMEN IN THE ELDERLY - NURSE'S ROLE.....	155
Helena Novotná, Miroslav Kala HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM V PALIATIVNÍ PÉČI.....	160
Mária Novysedláková STRATÉGIE ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE PODPORNÝCH OSÔB.....	166
Barbora Plisková, Petr Snopek KLINICKÁ PRAXE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	172

Tatiana Rapčíková, Elena Janiczeková, Marta Figová, Anna Melichová KVALITA ŽIVOTA A ETICKÝ PRÍSTUP K PACIENTOM PO TRANSPLANTÁCII PEČENE	179
Andrea Solgajová, Tomáš Sollár, Gabriela Vörösová, Dana Zrubcová VÝSKYT ÚZKOSTI, DEPRESIE A KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV S DERMATOLOGICKÝMI OCHORENIAMI.....	186
Michaela Sorber, Katharina Kapsch, Christiane Knecht, Andreas Büscher, Wilfried Schnepf COUPLES FACED WITH CHRONIC ILLNESS: A LITERATURE REVIEW ABOUT THE PHENOMENON “CONCURRENT RELATIONSHIPS”	188
Mária Sováriová Soósová DETERMINANTY KVALITY ŽIVOTA U SENIOROV.....	196
Mária Sováriová Soósová SPOKOJNOSŤ PACIENTOV S OŠETROVATELSKOU STAROSTLIVOSŤOU HODNOTENÁ TROMA ŠKÁLAMI KLASIFIKÁCIE OŠETROVATELSKÝCH VÝSLEDKOV (NOC) – VÝSLEDKY PILOTNEJ ŠTÚDIE.....	198
Renata Stepień, Kazimiera Zdziebło, Sylwia Skowron ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF BURNOUT IN A GROUP OF POLISH NURSES WORKING IN HOSPITALS.....	200
Eva Šalanská, Ivana Lamková RIZIKOVÉ FAKTORY PREDISPONUJÍCÍ VZNIK GESTAČNÍHO DIABETU.....	206
Šárka Šaňáková, Juraj Čáp DŮSTOJNOST SENIORŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ	212
Lenka Šáteková, Katarína Žiaková INTER-RATER RELIABILITA BRADENOVEJ ŠKÁLY, NORTONOVEJ ŠKÁLY A WATERLOWEJ ŠKÁLY V ČESKEJ REPUBLIKE.....	214
Blažena Ševčíková, Lenka Machálková INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI A JEJÍCH MOŽNOSTECH V ČESKÉ REPUBLICE (E-POSTER)	221
Martina Tomagová, Ivana Bóriková, Martina Lepiešová, Juraj Čáp SKÚSENOSTI A POSTOJE SESTIER NA PSYCHIATRICKÝCH ODDELENIACH K AGRESII HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV.....	223
Agnieszka Turbiarz, Beata Babiarczyk ANXIETY AND NEED FOR INFORMATION IN PARENTS OF CHILDREN PREPARED FOR SURGERY UNDER GENERAL ANESTHESIA.....	225
Saša Uljančić, Marija Bukvić, Danijela Tibljaš, Dunja Čović SATISFACTION WITH NURSE – STUDENT NURSE COMMUNICATION ON HOSPITAL WARDS DURING NURSING PRACTICE.....	233

Eva Vachková, Eva Čermáková, Veronika Gígalová ELEKTRONICKÁ VERZE SPECIFICKÉHO DOTAZNÍKU QOL-GRAV.....	241
Renáta Váverková, Monika Niemiecová VYBRANÉ ASPEKTY ŽIVOTA OSOB SE STOMIÍ (E-POSTER)	248
Kazimiera Zdziebło, Renata Stępień, Małgorzata Ziomek REASONS FOR CHOICE AMONG THE PROFESSION NURSING STUDENTS (E- POSTER)	250
Renáta Zeleníková, Darja Jarošová PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI ŠKÁLY PŘESVĚDČENÍ O PRAXI ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH A ŠKÁLY IMPLEMENTACE EBP (E-POSTER)	251

ANALYSIS OF HEALTHY AND UNHEALTHY BEHAVIORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Beata Babiarczyk*, Brygida Malutowska-Dudek, Agnieszka Turbiarz***

**University of Bielsko-Biala, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Poland*

***Railway Hospital in Wilkowice-Bystra, Poland*

Abstract

Aim: Hypertension is the most common risk factor for cardiovascular diseases and lifestyle modification is an important part of its non-pharmacological treatment. The aim of the present study was an analysis of the health behaviors in hypertensive patients.

Methods: A cross-sectional study of 113 patients hospitalized and treated in the cardiology clinic in the Railway Hospital in Wilkowice-Bystra (Poland) was performed. Method of diagnostic survey was used, with an own questionnaire as a research tool.

Results: Outpatients suffered from hypertension significantly longer compared with the inpatients ($p=0.004$). The vast majority of respondents (78%) had concomitant diseases, most often - coronary heart disease (41.6%). Daily consumption of fruits and vegetables reported 44.3% of respondents. 35% study participants did not limit intake of animal fats. Overweight and obesity were observed in approximately 80% of the respondents. Over 50% of respondents, in particular inpatients ($p=0.019$), did not participate regularly in physical activity. Outpatients were more likely to visit regularly the doctor for health check-ups, compared with inpatients who did it irregularly ($p<0,001$).

Conclusions: Hypertensive patients often engage in unhealthy behaviors what can raise the risk of complications of the disease.

Key words: hypertension, lifestyle, health behaviors, patients

Introduction

Despite the fact that the total number of deaths caused by cardiovascular diseases (CVD) has recently declined slightly, they remain the leading cause of premature death both in Poland and worldwide. The most important diseases, considering their mortality, include ischemic heart disease and cerebrovascular disease, which accounts for approx. 35% of all deaths. Numerous authors in literature have confirmed a direct relationship of these diseases with high blood pressure (Nichols, 2014, p.2950; Krousel-Wood, 2015, p.36; Ślusarska, 2012, p.51). WHO indicates the risk factors arising from negative health behaviors that adversely affect the occurrence of CVD (Rolley & Thompson, 2012, p.135). Having high blood pressure is one of such several risk factors, while others are e.g. smoking, harmful alcohol consumption, high cholesterol, high glucose levels, overweight and obesity, low fruit and vegetable intake and physical inactivity (Krousel-Wood, 2015, p.36).

Hypertension (HP) course is often clinically latent. Usually no symptoms develop unless hypertension is severe or long-standing and its consequences in the cardiovascular system are already established. Lifestyle modification is an important part of non-pharmacological treatment in HP (Hedayati et al. 2011, p.1061).

People from an early age start establish some behaviors that have an impact on their health. Along with factors such as genetics and medical care, health behaviors can directly affect health outcomes. There are many definitions of health behavior in the literature. Taking into account the effect of health behavior, there are two basic types: healthy and unhealthy behaviors. Healthy behaviors can prevent disease, promote health or promote the recovery, while unhealthy behaviors may endanger health, destroy it or impede recovery (Hedayati et al. 2011, p.1061; Słopiecka & Cieślik, 2011, p.77).

Healthy behaviors include proper diet, adequate physical activity, body hygiene, taking care of mental health, coping with stress, medical check up, preventive behavior, taking care of social ties and the preservation of security. Whereas unhealthy behaviors include harmful alcohol consumption, smoking, poor nutrition, drug abuse, excessive sunbathing, aggression, risky sexual behavior or dangerous driving (Słopiecka & Cieřlik, 2011, p.77).

Aim

Aim of the study was an analysis of healthy and unhealthy behaviors in hypertensive patients.

Methods

The study was carried out between January and March 2015. A cross-sectional study of 113 patients hospitalized and treated in cardiology clinic in the Railway Hospital in Wilkowice-Bystra (Poland) was performed. The patients were enrolled in the study if they were >18 years old, had a diagnosis of HP, expressed consent to participate and were able to fill out the research tool. Method of diagnostic survey was used, with an own questionnaire as a research tool. It's first section contained questions about participants' demographics, whereas in the second one, participants were asked to respond to both open- and close-ended questions regarding duration of the disease, family history of CVD, concomitant diseases, current weight and height. Participants were also asked to recall their health behaviors regarding diet, exercising, smoking, alcohol drinking, sleep duration and ways to cope with stress.

All data was analyzed and verified statistically using IBM SPSS 22.00. software. Quantitative features have been presented with the arithmetic mean and standard deviation. The Mann-Whitney non-parametric U test, Kruskal-Wallis test and the Chi-squared test were used to assess the differences between the groups of independent variables. P-values below 0.05 were considered significant.

Results

A total of 113 individuals were included in the study. 51.3% participants were hospitalized in cardiology ward (n=58) and 48.7% were out-patients, treated in cardiology clinic (n=55) and there were no statistical differences between these two groups ($p>0.005$). The study group consisted of 60 men (53.1%) and 53 women (46.9%). A significant majority of the study population were persons 60-69 years old. The vast majority of the study group were married (78%). Approximately 47.8% of participants had completed college, 39.8% had completed vocational school, 10.6% - high school and 2 participants (1.8%) had only completed primary school. Half of study participants lived in a countryside. With regard to professional activity of study participants, only about 30% were active workers; majority of them were retired. Self esteem of economic status showed that 50% of participants believed it was good, only 4% study participants felt that it was very poor. Outpatients suffered from hypertension significantly longer compared with the inpatients ($p=0.004$) (Fig.1.).

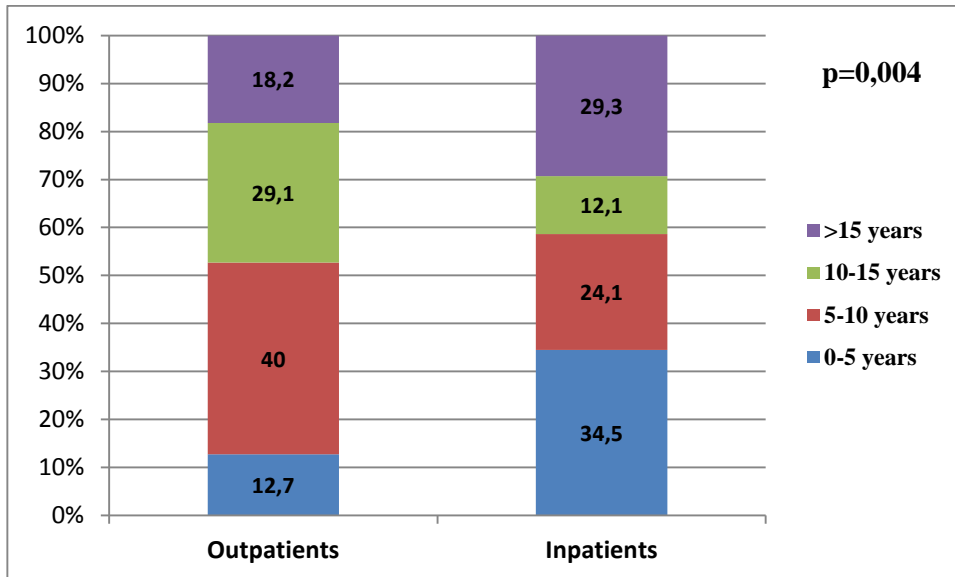


Fig. 1 Duration of HP in the study group

The vast majority of respondents (78%) had concomitant diseases, most often - coronary heart disease (41.6%), congestive heart failure (26.5%), and diabetes (20.4%). Coronary heart disease was revealed significantly often in older participants ($p=0,001$). Family history of CVD was found in 54% of patients. Most often these diseases concerned participants' parents (74%) and siblings (36%).

Outpatients were more likely to visit regularly the doctor for health check up, compared with inpatients who did it irregularly ($p<0,001$). Similar results were obtained in the assessment of participants' adherence to prescribed medications. A significant majority of outpatients declared a regular, while inpatients - unsystematic medication ($p=0,045$).

Each study participant was asked to assess the body weight status (undernutrition, normal weight, overweight, obesity) and then BMI measurements [$\text{weight}/\text{height}^2$] were calculated for using the self-reported weight and height data. The BMI scores were classified into four categories as proposed by WHO: underweight ($<18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$); normal ($18.5\text{-}24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$); overweight ($25\text{-}29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$); and obese ($>30 \text{ kg}/\text{m}^2$) (Kuczmarski & Flegal, 2000, p.1074). Comparison of self-reported and measured weight categories are shown on the Fig. 2.

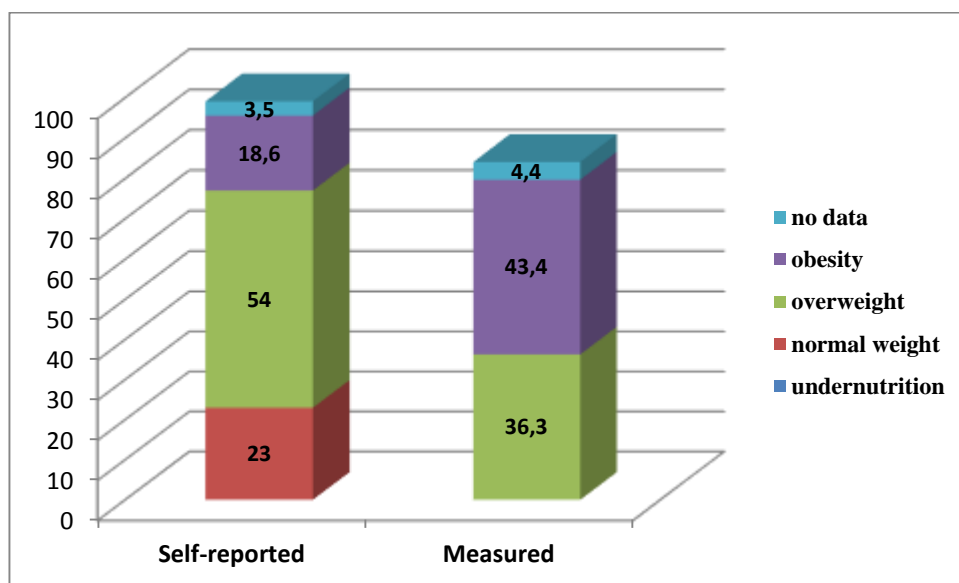


Fig. 2 Comparison of self-reported and measured weight categories

Diet, cigarettes and alcohol consumption

Analysis of study data with regard to eating of meat preserved by curing, smoking or salting, or by the addition of preservatives showed that about 30% of respondents do it “sometimes” or “seldom”, about each fifth respondent declared doing it “often” and a small percentage (4.4%) do it “occasionally” or even “never”.

Analysis of consumption of animal fats, such as butter, cheese, bacon, lard or cream revealed that about half of participants try to limit their amount, one third of the study group tend not to limit this type of fat and 6.2% eat them daily. These participants who limit animal fats significantly often were older (>70y) (p=0.040).

Fruit and vegetable consumption declared by participants showed that almost half study group use to include them daily in their diet (44.3%). One third of study group, and significantly more often women (p<0.001), declared eating them “often, approx. 3 times/week”. No one ticked the answer “no consumption”.

As for consumption of grain products (e.g. whole-wheat bread, buckwheat) third of respondents declared their daily, frequent or usually eating. Only about 5% eat this products seldom.

Analysis of fish consumption showed that 39.8% include them in their meals less frequently than twice a week, one fourth -“sometimes” and 17.7% eat fish “at least twice a week” or “seldom”. No one ticked the answer “no consumption”.

14.2% respondents smoke cigarettes frequently and 3.5% - occasionally. Almost half respondents have never smoked cigarettes. With regard to alcohol consumption, majority declared „occasionally drinking” and about 30% declared complete abstinence (mostly women; p<0,002). A small percentage of respondents (6.6%) admitted that they abuse alcohol.

Physical activity

A detailed analysis of the study results revealed that 28.6% participants performed some physical activity „at least 3 times/week for at least 30 minutes” and about the same percentages of participants (27.6%) don’t performed it regularly or performed it daily (23.8%). Each fifth study participant did it “less frequent than 3 times/week”. Statistically important difference between in- and outpatients was discovered; inpatients were more likely to tick the answer “less frequent than 3 times/week” (p=0.019). The preferred types of physical activity are shown on the Fig. 3.

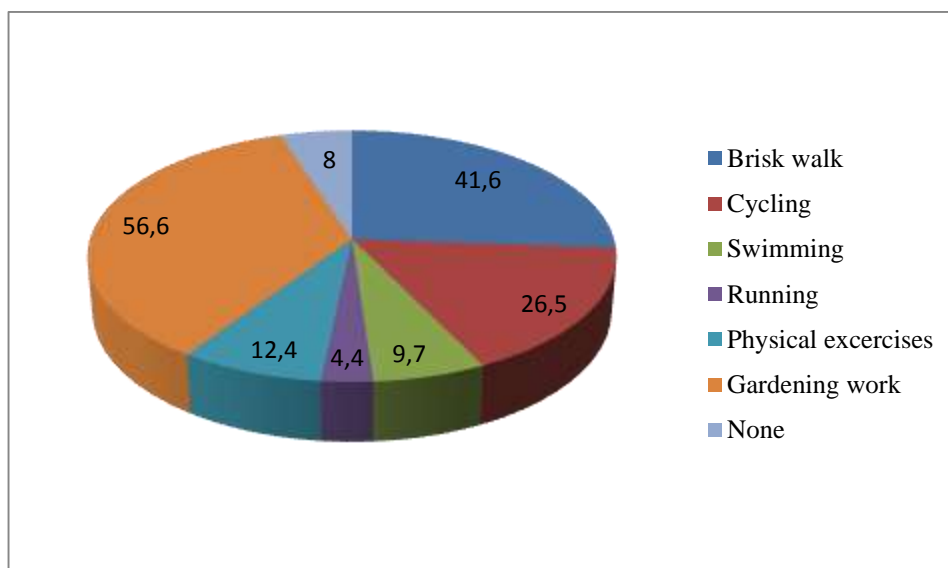


Fig. 3 Physical activity preferred by respondents

Lifestyle

The results of the study on declared by the respondents sleep duration indicate that most of them (66.4%) sleep "7-9 hours"; a fairly large group (29.2%) sleep "less than 6 hours," while a small percentage of patients (4.4%) sleep "more than 10 hours" per day.

Analysis of ways to cope with stress showed that the most common method chosen by the respondents is "favorite activity" (47.7%). A fairly large group as a form of coping with stress performs "physical exercises"(29.7%). Almost every fifth respondent (19.7%) reported "other" method, of which the most common were: expressing anger, distance to the problem, conversation, relaxation, walking. Other reported methods were solving crosswords (2.7%), religious practices (1.8%), sleep and medication (0.9%). Every tenth respondent (9.9%) in a stressful situation smokes cigarettes, and 6.3% is excessive overeating. A small percentage of respondents (2.7%) as a form of coping with stress has also chosen "alcohol drinking".

Discussion

Lifestyle modification is an important element in the process of treating patients with HP, as well as in the prevention of CVD (Mannu, 2013, p.3).

Experts in the guidelines for management of hypertensive patients, highlight the special role of non-pharmacological approach. Through this approach lowering blood pressure and reduction of antihypertensives can be achieved as well as favorably effect on other modifiable CVD risk factors (Widecka et al., 2011, p.211; Czarnecka & Stolarz-Skrzypek, 2013, p.11).

The analysis of diets in hypertensive patients show that they often require education on proper nutrition, in particularly on selecting products recommended in the prevention and treatment of HP, dietary salt restriction and informed choice between products with low sodium content. Analysis of available literature provides information that the average sodium intake in the Polish population is more than double that the recommended standards. Currently, the main source of salt are industrially processed food products (Czarnecka & Stolarz-Skrzypek, 2013, p.11; Sekuła et al., 2010, p.331). In our study, every fourth person did not limit products containing salt, even though it has been widely known that they are unhealthy. Moreover, almost 37% of study participants did not limit the animal fats. Similar results were reported by Gajewska et al. (2013, p.258). In their study up to 85% of the respondents declared adding salt during cooking. On the other hand Krzyżanowska et al. (2014, p.79) assessing the eating habits of 101 patients diagnosed with hypertension found that 34% of respondents did not use salt at all. Numerous research show that reducing salt intake approx. 5g/day reduces blood pressure by 2-8 mmHg (Widecka et al., 2011, p.211).

Clinical investigations support the idea that consumption of fruit and vegetables is associated with a reduced rate of CVD by means of their protective constituents such as potassium, folate, vitamins and fiber. Polish statistics have shown that its consumption is decreasing, and this is particularly worrying due to the fact that the problem also applies to children and adolescents (Poznańska et al., 2012. p.287). The results of the present study have shown that daily consumption of vegetables and fruits was declared only by 44% of respondents, while whole-grain products every day or often in their diet included nearly 64% of respondents.

More favourably results obtained Gajewska et al. (2013, p.258); the authors found in their study that fruits and vegetables daily were consumed by about 65% respondents, and whole-grains in daily diet were included by 70% respondents. Also, in a study conducted by Łatka et al. (2013, p.21), the authors report that the majority of patients (72%) consumed fruit and vegetables daily and nearly all respondents (96%) included also whole-grain products in their daily diet.

A consumption of fish assessed in the present study is quite unfavourably. Only 18% of respondents declared its consumption „at least twice a week” and „once a week” - 40% of them. Similar observations arise from the research of Gajewska et al. (2013, p.258) mentioned above, in which 48% of respondents declared consumption of fish 1-2 times a week, and more often -

only 10%. Also Łatka et al. (2013, p.21) in their study have shown that almost half of the study group (48%) declared eating fish once a week.

Physical inactivity is a major underlying risk factor for obesity and hypertension as it is stated by some authors (Mannu, 2013, p.3; Cegła, 2012, p.26). A review of data on physical activity revealed that only about 22% of respondents performed it every day, and about 26% - at least three times a week. The most common forms of physical activity were gardening, brisk walking and cycling. Those results correspond to the results of the study by Krzyżanowska et al. (2014, p.79) and Cegła et al. (2012, p.26). Based on their results, the regular physical activity declared about 20-40% of respondents, and its preferred form were also walking, working on a plot or cycling. Disturbing is the fact that more than half of the patients with hypertension are inactive. Epidemiological studies are consistent in showing that taking a systematic physical activity can result in a reduction of blood pressure by 4-9 mmHg (Mannu, 2013, p.3).

Both a positive energy balance (more in than out) and low physical activity affect the prevalence of overweight and obesity. Statistical data indicate that one in two Poles has an excessive body weight (approx. 45% of women and up to 61% of men), and the problem of overweight and obesity is still growing (Poznańska et al., 2012, p.287). In the vast majority of respondents we found excessive weight; overweight in 36% and obesity in 43% of patients. Similar results were seen in some other Polish studies (Kuźma et al., 2013, p.23; Zielinska-Więczkowska et al., 2011, p.23) in which also approx. 80% of respondents had an excessive body weight. Weight reduction of 10 kg, according to the authors of many studies, can help to reduce systolic blood pressure average of 5-20 mmHg, and this effect is greater in obese patients (Widecka et al., 2011, p.211). In our study, a quite large group of respondents (approx. 30%) had no awareness of their body weight and incorrectly indicated its weight category. Therefore, after calculating the BMI, less patients have been classified as "correct" and "overweight". Probably some of the respondents felt that they were overweight, while they already were obese.

Smoking cessation and reducing or eliminating alcohol beverages are known elements of healthy lifestyle. Statistical data indicate that in the Polish population about 33% men and 20% women smoke (Poznańska et al., 2012, p. 287). In our study group, 14% regularly smoke cigarettes and a fairly large group of respondents broke the habit.

Analysing the results on the consumption of alcohol by the respondents we can conclude that 1/3 of respondents do not drink alcohol at all, and 60% of those surveyed drink it occasionally. The results of the study of Krzyżanowska et al. (2014, p.79) are a little more favourable, namely the authors report that more than half of the respondents did not drink alcohol, and more than 40% consumed it occasionally. Also, the data obtained in the study of Łatka et al. (2013, p.21) confirmed that 64% of respondents were totally abstinent. Scientific studies have shown that alcohol consumed in excessive quantities adversely affect coagulation and lipid profile and reinforces the occurrence of strokes. It is also one of the important factors in the development of hypertension, and known factor diminishing the effects of antihypertensive drugs (Kozłowska-Wojciechowska, 2013, p.15; Stolarz-Skrzypek, 2013, p.78; Grabańska & Bogdański, 2010, p.115).

Stressful situations often arise in everyday life. Based on the present data it was found that patients as a form of coping with stress chose a favourite activity or exercise; 10% of respondents smoke and less than 3% drink alcohol in such situations. In the study of Jędrych et al. (2011, p.116) conducted among 120 patients with atherosclerosis treated at the cardiology ward, up to approx. 30% of the respondents used cigarettes smoking, 5% - alcohol consumption, and almost 27% - contact with someone close, for coping with stress.

Among health behaviors in hypertensive patients, not only non-pharmacological approach is recommended in the literature, but also the health check-ups and adherence to medical recommendations regarding pharmacotherapy. In the present study 62% of respondents reported systematically health check-ups. Regular intake of medications was declared by 85%

of patients. A similar results were obtained by Krzyżanowska et al. (2014, p.79); in their study more than half of the study group reported regularly health check-ups and about 80% confirmed systematic pharmacotherapy. Also, in the study by Zielinska-Więczkowska et al. (2011, p.23) almost 60% of respondents regularly reported health check-ups and approx. 72% were taking regularly recommended medications

Conclusion

Necessity to promote the healthy behaviors in patients with CVD is supported by the results of many both Polish and international studies. In order to achieve the optimal results such approach should be held at many levels, taking into account nutrition, systematic physical activity, weight reduction and resignation from addictions. However, the effectiveness of such approach needs to be further established in population-based studies, as implementation of healthier lifestyles is challenging.

Bibliography

- CEGŁA, B. et al. Aktywność fizyczna pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a jakość ich życia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2012;6(1):26-33.
- CZARNECKA, D., STOLARZ-SKRZYPEK, K. Zmiany w leczeniu nadciśnienia tętniczego w nowych wytycznych ESH-ESC 2013. *Kardiologia po Dyplomie*. 2013; 12(9):11-18.
- GAJEWSKA, D. et al. Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2013;94(2):258-261.
- GRABAŃSKA, K., BOGDAŃSKI, P. Miejsce leczenia niefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2010;1(2):115-122.
- HEDAYATI, S.S. et al. Non-pharmacological aspects of blood pressure management: what are the data? *Kidney International*. 2011;79(10): 1061-1070.
- JĘDRYCH, M. et al. Rola stresu w życiu pacjentów leczonych na oddziałach kardiologicznych. *Medycyna Ogólna*. 2011;17(3):116-122.
- KOZŁOWSKA-WOJCIECHOWSKA, M. Skuteczność niefarmakologicznego postępowania w nadciśnieniu tętniczym. *Kardiologia po Dyplomie*. 2013;12(2):15-19.
- KROUSEL-WOOD, M. Hypertension and health behaviors in females across the lifespan. *The American Journal of Medical Sciences*. 2015;350(1):36-41.
- KRZYŻANOWSKA, E. et al. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Journal of Health Sciences*. 2014;4(11):79-94.
- KUCZMARSKI, R.J., FLEGAL, K.M. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2000;72:1074-81.
- KUROWSKA, K., LEWANDOWSKA, A. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2012;16(5):296-304.
- KUŹMA, Ł. et al. Ocena częstości występowania nadwagi i otyłości u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2013;17(1):23-29.
- ŁATKA, J. et al. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(1):21–28.
- MANNU, G.S. et al. Evidence of lifestyle modification in the management of hypercholesterolemia. *Current Cardiology Reviews*. 2013;9:2-14.
- NICHOLS, M. et al. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal*. 2014;35(42):2950-2959.
- POZNAŃSKA, A. et al. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. In WOJTYNIAK, B. GORYŃSKI P., MOSKALEWICZ B. eds. *Sytuacja zdrowotna ludności*

Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, 2012. pp. 287-304.

ROLLEY, J.X., THOMPSON, D.R. Cardiovascular disease: is it time to finally recognise it as a complex, chronic life-span illness? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012; 11(2): 135-137.

SEKUŁA, W. et al. Spożycie soli w Polsce - sytuacja aktualna i zmiany w ostatnich latach. *Żywność Człowieka i Metabolizm*. 2010;5-6:331-354.

SŁOPIECKA, A., CIEŚLIK, A. Zachowania zdrowotne - wybrane definicje. *Studia Medyczne*. 2011;24(4):77-81.

ŚLUSARSKA, B. Zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2012;7(1):51-59.

STOLARZ-SKRZYPEK, K. Postępowanie nefarmakologiczne w nadciśnieniu tętniczym. In: CZARNECKA, D., KAWECKA-JASZCZ K. eds. Leczenie nadciśnienia tętniczego w codziennej praktyce. Warszawa: Medical Tribune Polska, 2013. pp: 78-87.

WIDECKA, K. et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym - 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2011;15(2):211-235.

ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, H. et al. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w świetle badań empirycznych. *Pielęgniarstwo XXIw*. 2011;4(37):23-26.

Author's contact address:

Beata Babiarczyk, RN, MSN, HSD
Faculty of Health Sciences
Willowa 2
43-309 Bielsko-Biała
Poland
bbabiarczyk@ath.bielsko.pl

POSUDZOVANIE RIZIKA PÁDU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV – KOMPARATÍVNA ŠTÚDIA

ASSESSMENT OF RISK OF FALLS INPATIENT – COMPARATIVE STUDY

Ivana Bóriková, Martina Tomagová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Analyzovať v dokumentoch podporujúcich prax na dôkazoch (EBP) posudzovanie rizika pádov u hospitalizovaných pacientov. Klinické odporúčania porovnať s normou v slovenskej klinickej praxi.

Metodika: Prehľadová literárna štúdia. Dokumenty boli vyhľadané cez webové stránky inštitúcií podporujúcich EBP, vo februári 2016, cez kľúčové slová: falls, prevention, risk assessment tool, adult, older, hospital, guideline. Dokumenty spĺňajúce požadované kritériá boli analyzované so zameraním na problematiku posudzovania rizika pádu.

Výsledky: Analýza 10 dokumentov ukázala, že posudzovanie rizika pádu hospitalizovaného pacienta je multifaktoriálne. Pozornosť sa sústreďuje na identifikáciu kľúčových rizikových faktorov, použitie meracieho nástroja na skrining celkového rizika pádu alebo špecifického rizikového faktoru, a na ďalšie klinické a funkčné vyšetrenie. K najviac odporúčaným skriningovým nástrojom patrí Morse Fall Scale a Hendrich Fall Risk Model. Posúdenie je bazálne pre selekciu a implementáciu multifaktoriálnych intervencií. Legislatívna norma v SR uvádza iba stručný všeobecný protokol na posudzovanie rizika pádu, odporúčaný merací nástroj absentuje.

Záver: Posudzovanie rizika pádu je kľúčová preventívna stratégia. Multifaktoriálny charakter pádu si vyžaduje proaktívny a systematický prístup k prevencii. Štandardizovaná metodika posudzovania identifikuje kľúčové rizikové faktory na individuálnej úrovni a umožňuje zacieliť konkrétne preventívne intervencie.

Kľúčové slová: pády, hospitalizovaný pacient, rizikové faktory, posudzovanie, prax založená na dôkazoch

Abstract

Aims: To analyse in documents supporting evidence-based practice (EBP) assessment of the risk of falls in hospitalized patients. Clinical recommendations to compare with legislative norm in Slovak clinical practice.

Methods: This is a survey review study. The documents were searched through the websites of institutions promoting EBP, in February 2016, were used the keywords: falls, prevention, risk assessment tool, adult, older, hospital, guideline. Documents that fulfill the required criteria were analyzed with a focus on the issue of assessing the risk of falling.

Results: Analysis of 10 documents showed that the assessment of fall risk inpatients is multifactorial. The focus is on identifying key risk factors; use a measuring tool for the screening of the overall risk of falling or specific risk factors and other clinical and functional assessment. The most recommended screening tools include the Morse Fall Scale and Hendrich Fall Risk Model. Assessment is basal for the selection and implementation of multifactorial interventions. Legislative norm in Slovakia present only a brief general protocol for assessing the risk of falling, recommended assessment tool absent.

Conclusions: Assessment of risk of fall is a key prevention strategy. Multifactorial presence of fall requires a proactive and systematic approach to prevention. Standardized assessment methodology identifies key risk factors at the individual level and to target specific preventive interventions.

Key words: falls, inpatient, risk factors, assessment, evidence based practice

Štúdia podporená projektom KEGA 048UK-4/2016 Posudzovanie rizika pádov - pre vzdelávanie a prax

Study supported by KEGA 048UK-4/2016 Assessment of risk of falls - for education and practice

Kontaktná adresa autora:

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovenská republika

borikova@jfmed.uniba.sk

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU

NURSING DOCUMENTATION AS A FACTOR AFFECTING THE NURSING DIAGNOSIS

Jana Burešová*, Katarína Žiaková**

**Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Oddělení řízení kvality zdravotní péče*

***Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatelstva*

Abstrakt

Cíl: Hlavním cílem je prostřednictvím auditního nástroje CAT-CH-ING (Björvell, 2002) provést kvantitativní a kvalitativní vyhodnocení ošetrovatelské dokumentace, založené na ošetrovatelském procesu a identifikovat faktory ovlivňující ošetrovatelskou diagnostiku.

Metody: Soubor ošetrovatelské dokumentace (uzavřená dokumentace, hospitalizace delší než 72hodin) bude hodnocen nástrojem CAT-CH-ING. Vyhláška č.98/2012Sb. o zdravotnické dokumentaci stanovuje, že záznam ošetrovatelské péče musí obsahovat popis ošetrovatelského problému pacienta nebo ošetrovatelskou diagnózu. I když metodika nástroje byla vyvinuta pro švédské prostředí a jednotlivá kritéria reflektují požadavky švédské legislativy, cílem řešitelů je tento auditní nástroj využít jako prostředek kontroly záznamů poskytované ošetrovatelské péče. Auditní nástroj se skládá se 17 proměnných, odrážejících různé oblasti, týkající se ošetrovatelského procesu, jako je anamnéza pacienta, jeho zdravotní stav a ošetrovatelská diagnóza. Natavená kritéria hodnotí jak kvalitu záznamů (čitelnost, signaci, datování záznamů), tak kvantitu. Měření kvantity je hodnoceno pro každou proměnnou pomocí čtyř bodové škály od 0 (vůbec) do 3 (vždy). Dimenze kvality je měřena na čtyř bodové škále od 0 (vůbec) do 3 (vždy). Souhrnné skóre je vypočítáno v hodnotě od 0 do 80 bodů, kdy vyšší dosažené hodnoty skóre ukazují na vyšší kvalitu dokumentace.

Výsledky: Analýza ošetrovatelských záznamů bude vstupem pro identifikaci faktorů ovlivňující ošetrovatelskou diagnostiku. Ošetrovatelská dokumentace bude hodnocena jako celek, což poskytne ucelená data o možných bariérách či stimulech, které ovlivňují proces ošetrovatelské diagnostiky. Výstupem bude validační studie české verze nástroje CAT-CH-ING.

Závěry: Prostřednictvím auditního nástroje, který se zaměřuje na všechny kroky ošetrovatelského procesu, včetně formálních náležitostí jako je datování či signace zápisů nám napomůže k odhalení bariér používání standardizované terminologie a ke zvýšení kvality a bezpečí poskytované ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: CAT-CH-ING, audit, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelská diagnostika, ovlivňující faktory.

Abstract

Aim: The main objective is to use the audit tools CATCH-ING (Björvell, 2002), a quantitative and qualitative evaluation of nursing documentation, based on the nursing process and to identify factors influencing nursing diagnosis.

Methods: A nursing documentation (enclosed documentation, hospitalization longer than 72 hours) will be evaluated tool CAT-CH-ING. Decree č.98 / 2012Sb. on medical documentation states that the nursing care record must contain a description of the problem of nursing or patient nursing diagnosis. Although the methodology tool was developed for the Swedish environment and the individual criteria reflecting the requirements of the Swedish legislation, the goal of researchers is the audit tool used as a means of controlling records of nursing care. Audit tool is composed of 17 variables, reflecting the different areas related to the treatment process, such

as patient history, his state of health and nursing diagnosis. Merged criteria to evaluate the quality of the entries (readability, Signac, dating records) and quantity. Measuring the quantity is evaluated for each variable using a four point scale from 0 (not at all) to 3 (always). Dimensions of quality is measured on a four point scale from 0 (never) to 3 (always). Aggregate score is calculated at a value from 0 to 80 points, the higher value achieved scores indicate higher quality documentation.

Results: Analysis of nursing records will be input to identify factors influencing nursing diagnosis. Nursing documentation will be evaluated as a whole, which provide comprehensive data on potential barriers or incentives that influence the process of the nursing diagnosis. The outcome of the validation study Czech version of CAT-CH-ING.

Conclusions: Through the audit tool, which focuses on all steps of the nursing process, including formal requirements such as dating or Signac listings will help us to uncover barriers to the use of standardized terminology and to improve the quality and safety of nursing care.

Key words: CAT-CH-ING, audit, nursing documentation, nursing diagnosis, influencing factors.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Jana Burešová
Vojenská fakultní nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6
jana.girglova@gmail.com

LEVEL OF KNOWLEDGE OF FORMAL CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S PATIENTS: AN EXPLORATORY STUDY (E-POSTER)

António Calha, Raul Cordeiro

Polytechnic Institute of Portalegre, Portugal

Abstract

Aim: This study aims to identify the level of knowledge on the Alzheimer's disease caregivers of an institution in Portalegre district.

Method: This is a quantitative, descriptive and exploratory study. In order to be able to respond to the proposed objectives, we opted to make the collection of data through a survey, created and validated by Moreira (2012, p. 67), addressed to the workers of an institution of Portalegre District (n = 18).

Results: The results obtained states a large number of formal caregivers who refers to act properly with Alzheimer's patients. Still, it is observed lack of information about some of the items of Alzheimer's disease (particularly in identifying and defining the disease).

Conclusion: It was found good levels of health literacy and health-promoting behaviors among formal caregivers. However health-related programs (culturally appropriate and literacy sensitive) are needed to teach formal caregiver and encourage health-promoting behaviors.

Key words: Health literacy; Alzheimer's disease; Formal caregivers

Bibliography

CALHA, A. Modes of acquisition of health literacy skills in informal learning contexts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48 (SPE2): 100-106.

MOREIRA, R. *Literacia dos familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer*. 2012. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Master Thesis).

Author's contact address:

assoc. prof. Raul Cordeiro, PhD.
Polytechnic Institute of Portalegre
Praça da Município
Portalegre
7301-901 Portalegre
Portugalraulcordeiro@essp.pt

SELF-RATED HEALTH STATUS A LONGITUDINAL STUDY OF THE ELDERLY POPULATION LIVING IN PORTALEGRE HISTORIC CITY CENTER (E-POSTER)

António Calha, Raul Cordeiro

Polytechnic Institute of Portalegre, Portugal

Abstract

Introduction: The increase of longevity is one of the greatest gain of the past century but is becoming one of the most important challenges of this century as it is written by Calha, Arriaga and Cordeiro (2014, p. 9). Portugal is one of the most aged countries in the European Union: in 2013, 19,8% of the population was more than 64 years old.

Aim: The aim of this poster is to present the results of a longitudinal study of the elderly population living in Portalegre (Alentejo) historic city center. Identifying the major health trends occurred between 2013 and 2015.

Methods: This is a quantitative, descriptive and longitudinal study. The first evaluation took place in January 2013 comprising a sample of 123 elderly. The second evaluation took place in October 2015 comprising 44 elderly (79 cases have been lost between the 1st and the 2nd evaluations).

Results: Results have shown between 2013 and 2015: (1) a decrease of self-perceived health status (2) a deterioration of the capability to perform everyday activities. Although, in both cases, differences were not statistically significant.

Conclusion: All these variables within the study (feeling of loneliness, symptoms of depression and self rated health status) reveal to be important and useful in research on quality of life in the later years of life. Knowing the impact that the loss of autonomy has on the quality of life of the elderly population, we recommend greater attention to the importance of maintenance activities for seniors.

Key words: Aging; health status; functional capability

Bibliography

CALHA, A.; ARRIAGA, M., CORDEIRO, R.. Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2014, (spe. n.): 9-14.

Author's contact address:

assoc. prof. Raul Cordeiro, PhD.
Polytechnic Institute of Portalegre
Praça da Município
Portalegre
7301-901 Portalegre
Portugalraulcordeiro@essp.pt

SCREENING SLUCHU U NOVOROZENCŮ V SOUVISLOSTI S RIZIKOVÝMI FAKTORY (E-POSTER)

HEARING SCREENING IN NEWBORNS IN CONNECTION WITH RISK FACTORS

Sabina Cejnarová*, Jana Škvrňáková**

*Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství

**Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

Abstrakt

Cíl: Hlavním cílem našeho šetření bylo pomocí otoakustických emisí hodnotit odpovědi vnitřního ucha na slabý zvukový signál u novorozenců během 48 – 72 hodin po narození. Dílčími cíli bylo zjišťování rizikových faktorů (dále RF), které by mohly mít vliv na sluch novorozence a také zhodnocení časové náročnosti screeningového vyšetření sluchu.

Metody: Výzkumný vzorek tvořily 2 skupiny novorozenců. První skupina - fyziologičtí novorozenci (350), druhá - novorozenci po porodu hospitalizovaní na oddělení intermediární péče – riziková (65). Dotazníkovým šetřením bylo osloveno 70 matek vyšetřených novorozenců. Zdrojem zjišťování RF byla také zdravotnická dokumentace vyšetřených dětí a jejich matek, které se zařazením do výzkumu souhlasily.

Výsledky: Z výsledků studie vyplývá, že mezi výbavností otoakustických emisí a přítomností RF je vztah. Naopak mezi klinickým stavem novorozence a výsledkem vyšetření není vztah. Nevýbavné emise byly zaznamenány i u fyziologických novorozenců bez RF. Z naměřených hodnot bylo zjištěno, že průměrná doba screeningu u jednoho dítěte je 124 s.

Závěr: Z našeho šetření jsme ve shodě s odbornou literaturou. Jakubíková (2006, s. 127) uvádí, že je nezbytné provádět screening sluchu i u fyziologických novorozenců. Výzkumné šetření bylo podpořeno studentskou grantovou soutěží Interní grantové agentury Univerzity Pardubice SGSFZS_2015003, SGSFZS_2016004.

Klíčová slova: novorozenecký screening sluchu, otoakustické emise, fyziologický a rizikový novorozenec, rizikové faktory, délka screeningového vyšetření

Abstract

Aim: The main aim of our investigation was evaluating the response of the inner ear to the weak sound signal at neonates during 48 to 72 hours after birth by otoacoustic emissions (OAE). Also the identification of risk factors (RF), which could have a negative effect on newborn hearing. One of the partial goals of our investigation, it was also time-consuming assessment of hearing screening test.

Methods: Research sample was composed of two groups of newborns. The first group - physiological newborns (350), the second group – newborns hospitalized after giving birth in intermediate care unit – risk newborns – (650). By the questionnaires were interviewed 70 mothers of examined newborns. The data source of RF was the medical records of examined children and their mothers, who agreed with research.

Results: The results show, that among the negative result of otoacoustic emissions and the presence of RF is a relationship. Conversely, among the clinical status of the newborn and the result of the examination is not a relationship. Negative result of otoacoustic emissions was also recorded in physiological newborns without RF. From the measured values, it was found that the average time of screening for one child is 124.

Conclusion: From our investigation, we are in compliance with literature. Jakubíková (2006, p. 127) mentions, that it's necessary to perform hearing screening at physiological newborns too. The research was supported by the Student Grant Competition Internal Grant Agency of the University of Pardubice SGSFZS_2015003, SGSFZS_2016004.

Key words: neonatal hearing screening, otoacoustic emissions, physiological and risk newborn, risk factors, length of hearing screening

Bibliografické odkazy

DLOUHÁ, O., ČERNÝ, L. *Foniatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 152 s. ISBN 978-802-4620-480.

JAKUBÍKOVÁ, J. et al. *Detská audiológia: 0–4 roky*. 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 2006. 196 s. ISBN 80-891-0499-1.

MUKNŠNÁBLOVÁ, M. *Péče o dítě s postižením sluchu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-802-4750-347.

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky Metodický pokyn k provádění screeningu sluchu u novorozenců. In. Sbírnka zákonů, Česká republika. 2012, částka 7, s. 18–22. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2012_6706_11.html

Kontaktní adresa autora:

Sabina Cejnarová

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

st34218@student.upce.cz

LONELINESS AND HAPPINESS IN OLD AGE: A NEW WAY OF NURSES LOOK FOR OLDER PEOPLE

Raul Cordeiro*, **Salvador Postigo Mota****, **Eduardo Ribeiro*****, **Rui Quintino******

**Poytechnic Institute of Portalegre, Portugal*

***Universidad de Extremadura, Badajoz, Departamento de Enfermeria, Espana*

****Poytechnic Institute of Portalegre, Portugal*

*****Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Portalegre, Portugal*

Abstract

Aim: The main objective is to know the levels of happiness and social involvement in a small sample of elderly in a historic area of a city. The study also allows inventorying some nursing strategies to deal with these situations

Methods: Data were collected from a small sample of old residents (N=30; 18 women and 12 men, older than 65 years) in the historic area of the city of Évora – Portugal using a small questionnaire - The Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999) translated to Portuguese by Pais-Ribeiro (2012) to assess subjective happiness. We have also explored the social and biographical data and analyze the social support network.

Results: The results lead us to group activities to promote social relationships and avoid isolation and loneliness, allowing people feel accepted and understood, can be a time for establishing new friendships and sharing experiences, and be happier.

Conclusions: A big challenge for nurses is the terminology concerning the concept of loneliness. There are many concepts like social isolation, feeling lonely, alone and living alone that are used interchangeably for the concept of loneliness (Karnick 2005). But it is important to understand that the concepts of loneliness and social isolation are different. When discussing an individual's subjective experience one should not refer to it with concepts that mean social isolation. The content of the concepts should be agreed in work places so that nurses and other health care professionals understand the concept in the same way. Nurses should be aware that a feeling of loneliness or unhappiness is often experienced as shameful and older people may also fear becoming a burden if they complain about their situation (Killeen, 1998; McInnis & White 2001).

Key words: happiness, loneliness, social network, elderly, nursing

Introduction

Aging successfully it is an ability to adapt to losses that usually occur in old age and a choice of certain lifestyles that provide the maintenance of physical and mental integrity (Fonseca, 2005).

Biological factors such as the role of health, nutrition and exercise, biological and genetic aspects; psychological factors such as mental functioning, coping strategies, defense mechanisms, personality; and social factors, such as historical, social relations and support, economic, cultural and educational resources, have a key role in aging.

Losses, the removal of the family, the departure of children from home, and the loss of loved ones may trigger and cause feelings of loneliness, this may lead to the onset of depression. In general, over the old social relations and the exchange of social support decreases, so the feeling of loneliness comes also associated with the reduction of social networks, and a concept that is closely related to social isolation and living alone (Sousa at al., 2004). Economic, social and family changes along with the changes and / or loss of intellectual and functional skills have an impact on self-esteem, well-being and quality of life of the elderly. The challenge focuses on reorganizing their everyday lives. Getting older does not mean necessarily sadden.

It is true that in this stage of life to experience a range of situations contrary to happiness, such as, economic and financial issues, loss of close ones, loneliness, physical and / or mental dependency, reform, fear of death, among others. It is therefore essential that the person is the holder of right mechanisms in order to overcome the difficulties and experiencing this step more fully.

The conditions that the social network can offer the elderly are essential to your happiness being, for example, family size and labor dimension of the greatest importance in influencing happiness.

Loneliness is a complex phenomenon of broad and subjective meaning, on which there are several theoretical and methodological approaches that have highlighted different causes and manifestations of the same. It is essential to a review of some of the loneliness settings to better understand this phenomenon, in order to help you to know the ways to avoid or combat when already established.

Neto (2000) states that although some authors have tried to define the concept solitude there is a definition that is globally accepted by experts. However, according Peplau & Perman (1982 cit by Neto, 2000) in the definitions attributed to loneliness, there are three common aspects that are shared by other definitions in the literature: (1) loneliness is a subjective experience that can not be related to the isolation object; (2) this subjective experience is psychologically unpleasant for the individual; (3) loneliness results in an inefficient means of relationship.

In a study in the general population, Rubinstein and Shaver (1982, cit by Neto, 2000), through a survey, found four sets of feelings that people said to have when they are alone: despair, depression, impatient boredom and self-deprecation. And, associated with these four main appear as many synonyms, for example, also have despair: fear, helplessness, abandonment, among others. This vast number of susceptible feelings of associating solitude gives us account of its complexity.

According Neto (2000), have been identified different forms of loneliness associated with various feelings. For example, Weiss (1973, cit by Neto, 2000) distinguished social loneliness in which one feels unhappy and lonely because of the lack of a social network of friends and acquaintances, emotional loneliness in who are unhappy and lonely because of a personal, intimate relationship. The same author reported that emotional loneliness is the most painful form of insulation. This is also experienced by some seniors, especially those who have an intimate company.

Neto (2000) mentions that life satisfaction is negatively linked with loneliness. Empirical studies have shown that people are more satisfied with life usually find themselves better adapted and delivered pathologies.

The reform, widowhood, and health decreased deprive people of many roles and key relationships around which their identities had been built. These seem to be as the main determinants of loneliness in the elderly.

Depression, on the other hand, is considered today a major health problem that affects people of all ages, leading to feelings of sadness and social isolation (Martins, 2008). But depression is much more than a feeling.

The experiential point of view, as we have seen earlier, the elderly are in a situation of continued losses. According Ballone (2002, cit. By Martins, 2008) these losses awaken often feelings of discouragement and sadness that ultimately lead to depressive syndromes. Also the individual adaptation to the aging process can make the person more vulnerable to depression (Martins, 2008). Depression in the elderly is related also to the social context in which it is inserted. In any event, the manifestation or not a state of depression is related to the type of reaction to aging.

Usually, depression brings some effects that impair the life of the elderly (Zimmerman, 2000). In the intellectual area, there is a decrease in capacity and memory disorders that hinder learning. In the social area, is the removal of the groups, the loss of status, abandonment and isolation. Somatic point of view may occur heart, lung and gastrointestinal problems.

There are three major determinants that are commonly important in the onset of depression in the elderly: (a) environmental determinants, namely, isolation and lack of social life, lack of job, death of spouse, and social and professional devaluation; (b) determining genetic predisposition to depression in later ages; and (c) organic determinants refer to the enormous variety of organic disorders that may present with symptoms of this nature.

It is important to note that the issue of loneliness or (in) happiness of older people has become an important research field of community-based nursing.

Not of course be accompanied by aging and aging, by itself, is not responsible for solitude and / or unhappiness. But there is a relationship that is not negligible.

Aims

The aim is to carry out a study that allows to know the levels of happiness and social involvement in a small sample of elderly in a historic area of a city. The study also allows inventorying some nursing strategies to deal with these situations.

Methods

Design and subjects

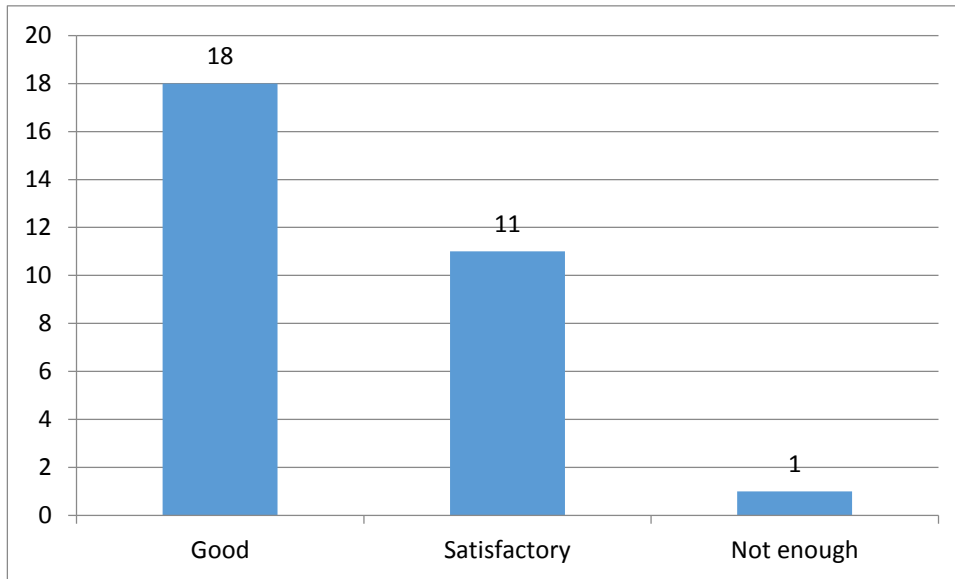
We made a small study about happiness of elderly people, residents in the historical city centre of Évora and its relationship with the social support network, in the context of the Master in Psychiatry and Mental Health Nursing, of the College of Nursing, São João de Deus de Évora - Portugal.

Measures

By applying a questionnaire, The Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999) translated to portuguese by Pais-Ribeiro (2012) to assess subjective happiness. We have explored the social and biographical data and analyze the social support network, and through the application of subjective happiness scale we hope to be able to exploit the correlation between happiness and the presence of a stable and functional social network or the consequences of its absence. The study was applied to a sample of 30 elderly residents in the historical city centre of Évora, Alentejo, Portugal.

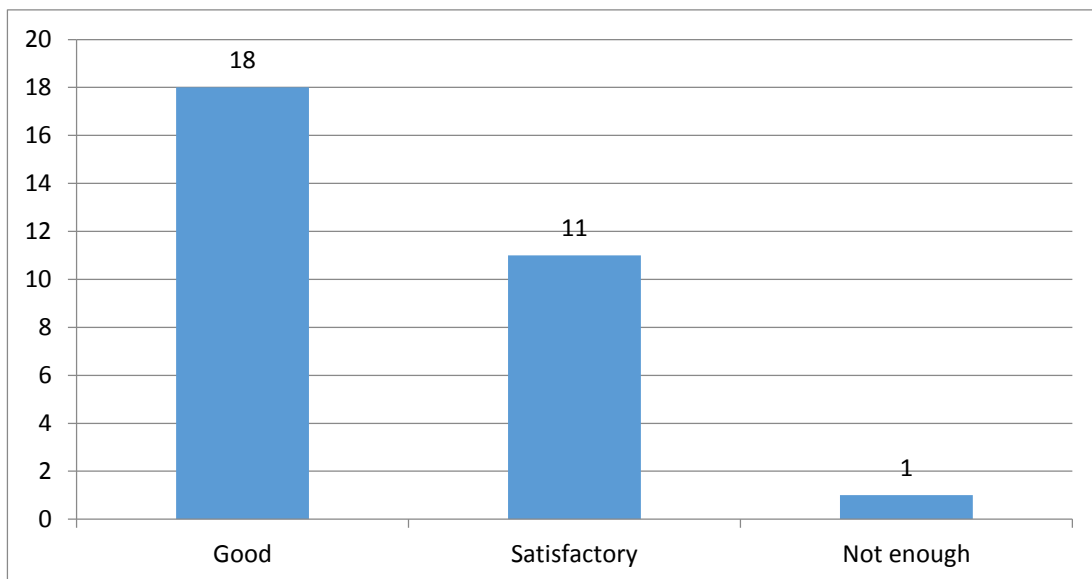
Results and discussion

Our sample (N=30) is composed of 12 men and 18 women aged over 65 and located between the ages of 66 and 90 years.



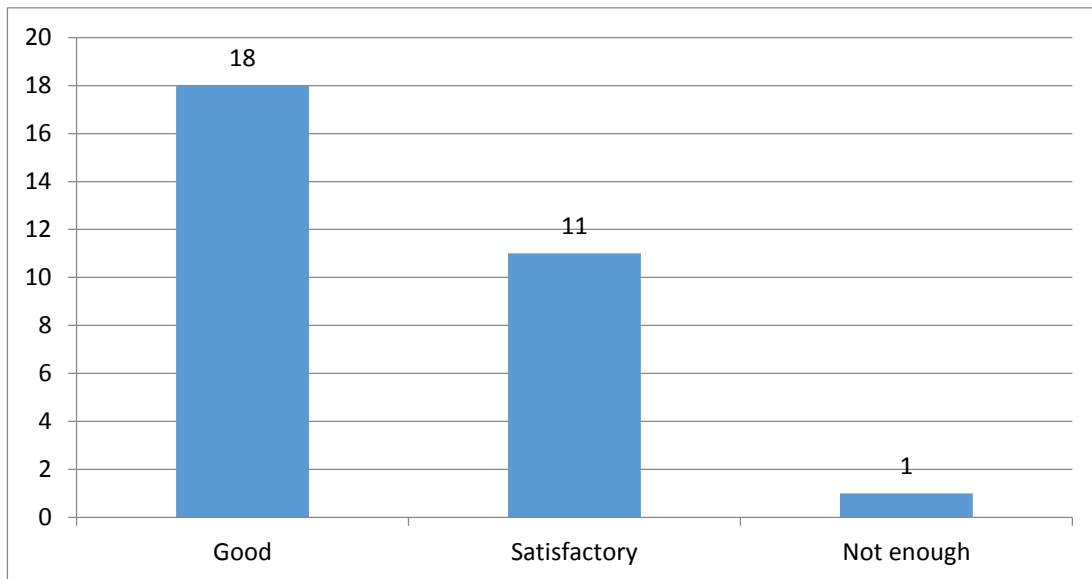
Graph 1 Loneliness feelings

By Graph 2, we can see that most of the participants have a very good level or satisfactory perception of their happiness levels.



Graph 2 Level of happiness

About the importance that respondents give to the social support network can be observed (Graph 3) that most considered satisfactory or good.



Graph 3 Importance of the social network

The results lead us to group activities to promote social relationships and avoid isolation, allowing people feel accepted and understood, can be a time for establishing new friendships and sharing experiences.

One of the conclusions we can draw from the questionnaire is that older people give extreme importance to their social support network and more specifically to their family, so that the social skills training, group sessions, it would be advantageous for better effectiveness and satisfaction in these relations. Thus, it is considered that it would be useful to create and implement a training program for social skills, specific to seniors. Thus, we would work with the elderly in order to promote their social interaction and getting social networks. At the same time, we would be contributing to the promotion of their mental health because, as already we have seen previously, are concepts that are related to each other and imply to each other. This objective could be achieved through an assertiveness training program.

Later, it would be interesting to conduct an evaluation to assess the impact of social skills training in reducing loneliness, improving relationships and, consequently, increasing the quality of life of the elderly.

Conclusions

A big challenge for nurses is the terminology concerning the concept of loneliness. There are many concepts like social isolation, feeling lonely, alone and living alone that are used interchangeably for the concept of loneliness (Karnick 2005).

But it is important to understand that the concepts of loneliness and social isolation are different. When discussing an individual's subjective experience one should not refer to it with concepts that mean social isolation. The content of the concepts should be agreed in work places so that nurses and other health care professionals understand the concept in the same way.

Nurses should be aware that a feeling of loneliness or unhappiness is often experienced as shameful, and older people may also fear becoming a burden if they complain about their situation (Killeen, 1998; McInnis & White 2001).

Thus, they are not so willing to speak about their loneliness, which makes it even more challenging for the nurses to recognize it.

Nurses can encourage older people to talk about loneliness but they should be considerate when asking them about their loneliness.

Nurses should acknowledge the whole family situation when examining reasons for older people's loneliness.

Often health care system and nursing care have limited means to recognize and intervene in the loneliness of older people

Nursing interventions in a community base must provide:

In evaluative aspects:

- Assess the mental state (such as screening), depression, loneliness, and a gradually over the project, the quality of life of older people;
- Seeking to understand the relationship between loneliness, depression and quality of life in the elderly;
- Check that the environment where the elderly reside influences the feeling of loneliness, depression and quality of life;
- To evaluate the influence of some sociodemographic variables, such as leisure time and household, the perception of loneliness, depression and quality of life;
- Assess the satisfaction of the elderly over the intervention program.
- Understand the importance of this type of intervention, either by the opinion of the elderly, or for the results obtained in each of the rating scales in the various stages of evaluation.

In interventional aspects:

- Check the implementation of a health education program produces changes in terms of perception of loneliness, depression and quality of life of participants;
- Understand the importance of this type of intervention, either by the opinion of the elderly, or for the results obtained in each of the rating scales in the various stages of evaluation;
- Stimulate the (re) construction of social networks among elderly.

Bibliography

- BARR, W., KIRKCALDY, A., ROBINSON, J. et al. A survey of psychological wellbeing in an adult population. *Br J Community Nurs.* 2005. 10:260–265
- EKWALL, A.; SIVBERG, B. & HALLBERG, I. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of advanced nursing.* 2005. 49(1): 23-32.
- FONSECA, A. M. Envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C., Fonseca, A. eds. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa: Climepsi Editores, 2005. 285-311.
- ICN. *International Classification for Nursing Practice, 2.0*, International Council of Nurses, Switzerland, Geneve, 2010.
- KARNICK. P.M. Feeling lonely: theoretical perspectives. *Nurs Sci Q.* 2005;18(1):7–12.
- KILLEEN, C. Loneliness: an epidemic in modern society. *J Adv Nurs.* 1998;28(4):762–70.
- MARTINS, R. A depressão no idoso. 2008; *Millenium - Revista do ISPV*, 34. Available in february 10, 2016 in <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>
- MCINNIS, G. J., WHITE, J. H. A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2001;15:128–139
- NETO, F. *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta, 2000.
- PAIS-RIBEIRO, J. Validação transcultural da escala de felicidade subjetiva de Lyubomirsky E Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2012;13(2):157-168.
- SOUSA, L., FIGUEIREDO, D., CERQUEIRA, M. *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice.* Porto: Âmbar, 2004.
- ZIMERMAN, G. I. *Velhice, aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artemed Editora, 2000.

Author's contact address:

assoc. prof. Raul Cordeiro, PhD.
Polytechnic Institute of Portalegre
Praça da Município
Portalegre
7301-901 Portalegre
Portugal
Portugalraulcordeiro@essp.pt

POSUDZOVANIE RIZIKA VZNIKU MIMORIADNYCH UDALOSTÍ SESTRAMI V KLINICKEJ PRAXI

ASSESSING THE RISK OF EXCEPTIONAL INCIDENTS BY NURSES IN CLINICAL PRACTICE

Jana Cuperová, Jana Šulcová, Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Lívia Hadašová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Popisujeme výsledky deskriptívnej štúdie, ktorú sme realizovali u sestier pracujúcich vo FNsP J.A. Reimana v Prešove s cieľom zistiť a vyhodnotiť pravdepodobnosť výskytu vybraných bezpečnostných rizík v ošetrovateľskej praxi, ktoré hrozia pacientom počas hospitalizácie z pohľadu sestier a identifikovať najčastejšie dôvody pochybenia sestier v klinickej praxi.

Metódy: Výskumný súbor tvorilo 80 sestier pracujúcich vo FNsP J.A.Reimana v Prešove. Dotazníkom vlastnej konštrukcie sme zisťovali pravdepodobnosť vzniku vybraných bezpečnostných rizík v ošetrovateľskej praxi na základe posudzovania sestier. Sestry hodnotili mieru rizika pomocou päťstupňovej škály.

Výsledky: Zistili sme, že sestry vyhodnotili ako najvyššiu pravdepodobnosť vzniku týchto rizikových situácií – riziko pádu, riziko straty dokumentácie a nesprávne zápisy, riziko chybného spôsobu podávania liekov, riziko nosokomiálnej infekcie.

Záver: Rozpoznanie mimoriadnych udalostí v klinickej praxi sestrami a vnímanie rizika ich vzniku vytvára priestor pre kvalitné riadenie rizík a zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo, mimoriadne udalosti, kvalita zdravotnej starostlivosti, riadenie rizík, sestra, deskriptívna štúdia.

Abstract

Aim: We report the results of descriptive study, which was conducted with nurses working at the J.A. Reiman Hospital in Prešov to identify and evaluate the probability of selected safety risks in nursing practice which endanger the patient during hospitalization from the perspective of nurses and identify the most common reasons for nursing errors nurses in clinical practice.

Methods: The sample consisted of 80 nurses working at J.A. Reiman Hospital in Prešov. Using a questionnaire, we investigated the probability of selected safety risks in nursing practice based on nurses' assessment. The nurses rated the degree of risk on a five-point scale.

Results: We found that nurses identified the highest probability of these risk situations – risk of falls, risk of loss of documentation and incorrect records, risk of wrong method of administering medicines, risk of nosocomial infections.

Conclusions: Detection of exceptional incidents in clinical practice by nurses and the perception of the risks of them create space for quality management of risks and improvement of the quality of healthcare.

Key words: Nursing, exceptional incidents, quality of healthcare, risk management, nurse, descriptive study

Úvod

Sestry predstavujú najväčšiu skupinu zamestnancov v zdravotníctve a preto ich zodpovednosť je zvýšená a sledovaná vo veľkej miere za celé spektrum aktivít spojených s kvalitnou a bezpečnou ošetrovateľskou starostlivosťou. „Ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú vo veľkej miere v psychicky i fyzicky náročných a veľakrát vypätých situáciách, a tak sa môže stať, že dôjde k pochybeniu“ (Plevová, 2012, s. 258). Pojem riziko ako také je v súčasnosti chápané ako

nebezpečenstvo vzniku škody, straty zničenia alebo neúspechu v podnikaní. Riziko možno chápať tiež ako možnosť, že s určitou pravdepodobnosťou dôjde k udalosti, ktorá sa líši od predpokladaného vývoja (Smejkal, 2010 In Prokešová, 2014, s. 303). V súvislosti s modernými trendy v oblasti integrovaného managementu by malo byť riadenie rizík neoddeliteľnou súčasťou „celonemocničného“ riadenia (Keclíková, 2011 In Prokešová, 2014, s. 303). Odborný tím Practice Breakdown Research Advisory Panel (ďalej len PBRAP) v roku 2001 identifikoval osem hlavných oblastí v ošetrovatelstve, kde dochádza najčastejšie k pochybeniu, a ktorými sa je potrebné zaoberať:

1. **Nedostatok vnímavosti/pozornosti k meniacemu sa stavu pacienta**, pre nedostatok sestier, pracovnej preťažnosti, nedostatočného poučenia, preškolenia, alebo nevhodnej/neprofesionálnej komunikácii.
2. **Nedostatok morálnej zodpovednosti**, ľahostajnosť k svojmu povolaniu, k svojim chybám alebo k chybám ostatných zdravotníckych pracovníkov.
3. **Nesprávne rozhodovanie**, neochota a nezáujem požiadať o radu, chybná identifikácia pacienta, chybná ošetrovateľská anamnéza, či intervencia.
4. **Dedikačné chyby**, nepozornosť, zámena liekov, chybná identifikácia pacienta, neznalosť terapeutických dávok, podanie chybného lieku v nesprávnom čase alebo nepodanie liekov. Podľa PBRAP najčastejšími dedikačnými chybami sú nesprávna dávka liekov, prehliadnutie alergií, nesprávny liek, chýbajúce informácie, a iné.
5. **Nedostatočná intervencia**, neochota, neschopnosť požiadať o pomoc, radu, nedostatok času, stres, neprofesionálne vzťahy, neochota spolupracovať.
6. **Ordinácie lekárom alebo iných členov multidisciplinárneho liečebného tímu**, chybne interpretované informácie, neprofesionálny prístup, neochota overiť si nejasné informácie.
7. **Nedostatok preventívnych opatrení**, nedodržiavanie štandardov, protokolov prevencie vzniku dekubitov, pooperačných infekcií, pádov, nedodržiavanie hygienických opatrení.
8. **Chyby v ošetrovateľskej dokumentácii**, nečitateľnosť, nedôslednosť, nekompletné alebo chýbajúce záznamy, zápisy o reakciách pacienta na liečbu.

„Mimoriadnou udalosťou sa nazýva akákoľvek udalosť, pri ktorej došlo k pochybeniu liečby, výkonu alebo procedúry. Ide o také liečebné alebo ošetrovateľské intervencie, ktoré neprebehli podľa platných smerníc, protokolov, štandardov“ (Škrľa, Škrlová 2008, s. 50). Má za následok rôzne stupne poškodenia zdravia pacienta, či už dočasné, trvalé, alebo smrť pacienta. Za mimoriadnu udalosť sa však nepovažuje udalosť, pri ktorej nedošlo k ohrozeniu alebo poškodeniu zdravia pacienta.

Cieľ

Cieľom výskumnej štúdie bolo zistiť a vyhodnotiť pravdepodobnosť výskytu vybraných bezpečnostných rizík v ošetrovateľskej praxi, ktoré hrozia pacientom počas hospitalizácie z pohľadu sestier a identifikovať najčastejšie dôvody pochybenia sestier.

Súbor a metodika

Výskum bol realizovaný ako kvantitatívna deskriptívna štúdia. Pre potreby štúdie sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Sestry vyhodnocovali pravdepodobnosť možného výskytu mimoriadnej udalosti na hodnotiacej škále, kde hodnota 1 znamenala zanedbateľnú pravdepodobnosť a hodnota 5 istú hrozbu. Ďalšie položky boli zamerané na zisťovanie dodržiavania štandardizovaných postupov v práci sestry a príčiny pochybenia pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Dotazník sme distribuovali sestrám osobne po získaní súhlasu námestníčky pre ošetrovateľskú starostlivosť a etickej komisie. Za súhlas s účasťou vo výskume sme pokladali spätné doručenie vyplneného formulára dotazníka.

Výskumný súbor tvorilo 80 sestier pracujúcich vo FNsP J.A. Reimana v Prešove. Výber jednotlivých respondentov bol zámerný podľa pracoviska.

Priemerný vek sestier v skúmanom súbore bol 36,45 roka. Najčastejšie zastúpené vzdelanie u sestier bolo bakalárske (27 %) a 15 % sestier malo vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa. Dve tretiny sestier mali odbornú prax dlhšiu ako 10 rokov.

Spracovanie získaných údajov výskumu sme vykonali pomocou Microsoft Office Excel pre Windows Office 2007 metódami jednoduchej štatistiky.

Výsledky

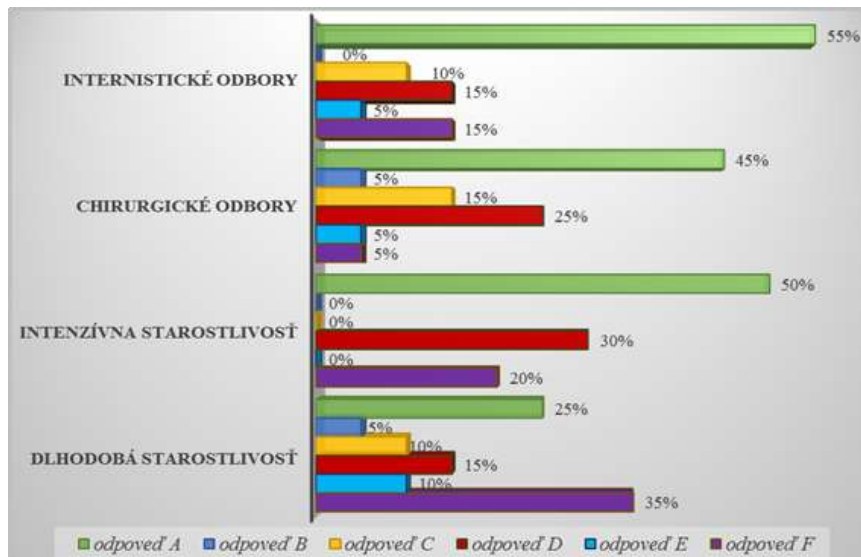
V úvode sme zisťovali, či si sestry jednotlivých oddelení myslia, že počas hospitalizácie je pacient vystavený možnému riziku vzniku mimoriadnej udalosti. Vnímanie rizika sa u sestier pohybuje od 80 % (chirurgické odbory) až 100 % (dlhodobá starostlivosť).

Tab. 1 Identifikácia rizika vzniku mimoriadnej udalosti sestrami podľa jednotlivých pracovísk

Mimoriadna udalosť		intenzívna a star.	dlhodobá star.	chir. odd.	int. odd.	spolu
<i>Pád pacienta</i>						
		3,80	3,65	3,65	3,50	3,65
		1,43	1,31	1,28	1,36	1,35
<i>Strata dokumentácie, nesprávne zápisy</i>						
	priemer	3,10	2,35	3,20	3,50	3,04
	SD	1,41	1,27	1,47	1,60	1,50
<i>Medikačné chyby</i>						
Zámena lieku	priemer	2,60	3,50	2,95	3,20	3,06
	SD	1,28	1,28	1,46	1,21	1,35
Chybná dávka lieku	priemer	2,90	3,55	2,75	3,55	3,19
	SD	1,51	1,16	1,26	1,39	1,39
Chybný spôsob podania	priemer	2,40	2,60	2,90	3,55	2,86
	SD	1,46	1,36	1,48	2,08	1,68
Spolu	priemer	2,64	3,22	2,87	3,43	3,04
	SD	1,42	1,27	1,40	1,56	1,49
<i>Infekcie spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (HAI)</i>						
HAI - katéetrová-močová	priemer	3,80	3,45	2,65	2,80	3,17
	SD	1,25	1,28	1,53	1,40	1,45
HAI - katéetrová – cievna	priemer	4,05	3,45	2,75	3,10	3,34
	SD	1,16	1,39	1,51	1,45	1,46
Spolu	priemer	3,96	3,45	2,70	2,95	3,26
	SD	1,21	1,34	1,52	1,43	1,46

Výsledky preukazujú určité rozdiely vo vnímaní rizika vzniku mimoriadnej udalosti sestrami jednotlivých oddelení. Sestry pracujúce v **internistických odboroch** vnímajú zvýšené riziko vzniku týchto mimoriadnych udalostí - **strata dokumentácie, nesprávne zápisy, medikačné**

chyby, pád pacienta ako najmenej rizikové nozokomiálne nákazy. Sestry pracujúce v chirurgických odboroch za pravdepodobnosť rizika istého označili *riziko pádu, problém so súhlasom pacienta, výkonom, liečbou a stratou dokumentácie, nesprávnym zápisom*. Z analýzy uvedeného sme zistili, že sestry pracujúce v odboroch **intenzívnej starostlivosti** za istú pravdepodobnosť rizika označili *riziko pádu, nozokomiálnej infekcie, vzniku dekubitov a chybné administrácie v zdravotnej dokumentácii*. Minimálne riziko udávajú sestry v oblasti podávania liekov. Sestry pracujúce na oddeleniach **dlhodobo chorých**, za najčastejšie možné riziko považujú *pád pacienta, vznik dekubitu, zámenu lieku, chybnú dávku lieku, nozokomiálnu infekciu*. V skúmanom súbore sme zistili, že najviac vnímaným rizikom sestrami je riziko pádu a následne nozokomiálne infekcie. Čo sa týka rozdielu medzi jednotlivými pracoviskami, sestry na oddeleniach intenzívnej starostlivosti vnímajú zvýšené riziko pádu pacienta a riziko vzniku infekcie spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti katérových infekcií močových a cievnych. Najvyššiu mieru rizika v oblasti medikačných chýb udávajú sestry na interných oddeleniach.



Graf 1 Hlavné dôvody pochybenia pri ošetrovateľskej starostlivosti (v %)

Vysvetlivky: A) Pracovná preťaženosť sestier, nedostatok sestier, B) Neprofesionálna, nevhodná komunikácia, C) Nedostatočná informovanosť sestier, D) Chybné, nedôsledné posúdenie pacienta, chybná ošetrovateľská anamnéza, či intervencia, E) Neznalosť, neochota požiadať o radu, o pomoc, neprofesionálne vzťahy, F) Nedostatok preventívnych opatrení – nedodržiavanie štandardov na prevenciu vzniku dekubitov, pádov, pooperačných komplikácií

Sestry najčastejšie ako dôvod, ktorý môže viesť k pochybeniu udávajú možnosť - **pracovná preťaženosť sestier, nedostatok sestier** a sestry z dlhodobej starostlivosti možnosť - **nedostatok preventívnych opatrení – nedodržovanie štandardov na prevenciu vzniku dekubitov, pádov**. Viac ako polovica sestier uviedla, že poznajú štandardizované postupy ošetrovateľskej starostlivosti a nimi sa aj riadia (na pracoviskách intenzívnej starostlivosti je to až 85 %).

Diskusia

Cieľom výskumného šetrenia bolo zistiť a vyhodnotiť riziká, ktorými sú pacienti vystavení počas hospitalizácie na jednotlivých ošetrovacích jednotkách z pohľadu sestier. Zistili sme, že sestry sú vnímavé voči možnému vzniku rizikovej situácie. Štúdie JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) vykazujú priemerne 10% výskytu poškodenia pacientov počas hospitalizácie. Štúdie Institute of Medicine odhaduje, že ročne v USA umiera

44 000 – 98 000 hospitalizovaných pacientov v dôsledku pochybenia zdravotníkov. Podľa správy MZ ČR (2010) medzi najčastejšie mimoriadne udalosti patria chyby pri podávaní liekov, chirurgické pochybenia, diagnostické chyby a infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou. Najdôležitejšou príčinou infekcie krvného riečiska súvisiaceho so zdravotnou starostlivosťou sú intravenózne kanyly, ktorých odhad tvorí 250 000 – 500 000 prípadov v USA každý rok. Tento scenár vedie k nárastu chorobnosti, k dlhšej hospitalizácii a nárastu nákladov na starostlivosť. Náklady na starostlivosť na jeden prípad sú v rozmedzí od 4000 do 56 000 dolárov. Podľa empirických dôkazov sa viac ako 50 % týchto infekcií dá predísť (Briggs, 2008). Pobyt v slovenskej nemocnici je porovnateľný s pobytom v inej nemocnici v rámci EÚ. V spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou sme robili v roku 2011 prieskum, ako by takáto štatistika vyšla v slovenských nemocniciach. Vyšlo nám, že výskyt nežiaducich udalostí v nemocniciach bol asi 14 %. Neskôr sme robili ešte jeden prieskum, v ktorom sa čísla znížili na 12 %. Znamená to, že zhruba každý desiaty pacient počas pobytu v nemocnici zažije nejakú nežiaducu udalosť (Juriková, 2013). Medzi pochybenia, ktoré sestry identifikovali patrí aj **riziko straty dokumentácie, jej časti, nesprávne zápisy v dokumentácii**. Zdravotnícka dokumentácia slúži nie len ako nástroj pri liečbe pacienta, ale tiež ako doklad, alebo dôkaz v prípade akéhokoľvek šetrenia v liečbe lekára, jeho postupov, ako aj postupov sestier a ďalších členov multidisciplinárneho tímu, ktorý sa podieľa na liečení pacienta. Nedôsledne vedená zdravotnícka dokumentácia môže potvrdiť podozrenie nesprávneho alebo chybného postupu a predstavuje jedno z najväčších rizík pre zdravotnícke zariadenie. Ako tvrdí Škrľa, Škrlová (2008, s. 111), „*správne vedená zdravotnícka dokumentácia pacienta by mala presne a komplexne odrážať starostlivosť, ktorú pacient obdržal alebo neobdržal, a môže byť prirovnávaná ku svedkovi, ktorému pamäť sa nikdy nestráca*“. **Pád pacienta** počas hospitalizácie v našom skúmanom súbore vykazoval vysokú pravdepodobnosť. Vo výskumnej štúdii, ktorú realizovala Miňhová (2012), najviac sestier (37,3%) hodnotilo pád ako možný, hroziaci príležitostne a ako očakávaný, s vysokou pravdepodobnosťou výskytu (29,4 %). Česká asociácia sestier od roku 2004 uverejňuje výsledky svojich výskumov a práve pády pacientov boli z prvých nežiaducich udalostí, ktoré sa začali povinne v ČR hlásiť, sledovať a analyzovať. Ako ďalšiu mimoriadnu udalosť, ktorej riziko vzniku hrozí, sestry označili **nozokomiálnu infekciu katéetrovú – intravaskulárnu a nozokomiálnu infekciu katéetrovú - močovú**. Zvýšený výskyt nozokomiálnych nákaz je sústredný najmä na jednotkách intenzívnej starostlivosti všetkých druhov. U pacientov, ktorí sú dlhšie hospitalizovaní na jednotkách intenzívnej starostlivosti (viac ako 5 dní), nozokomiálna infekcia sa vyskytne v 50 – 60% (Melicherčíková, 2007). Miňhová (2011), riziko nozokomiálnych nákaz nepotvrdila, toto riziko predstavovalo podľa sestier nízku, či zanedbateľnú pravdepodobnosť výskytu, podobne ako v našom súbore. V prenose nozokomiálnych infekcií sa hlavne uplatňuje priamy kontakt s kontaminovanými rukami zdravotníckeho personálu. Uvádza sa, že až 20 – 40% infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou sú spôsobené prenášaním pôvodcov rukami zdravotníckeho personálu (Langšádl 2012). Nozokomiálne infekcie sú hlavnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti u hospitalizovaných pacientov. V USA až u 15% pacientov dôjde k rozvoju infekcie počas hospitalizácie, čo predstavuje zhruba 1,7 milióna prípadov nozokomiálnych nákaz, 99 000 úmrtí ročne a viac ako 10 miliárd dolárov na nákladoch za rok. Pokiaľ ide o nozokomiálne nákazy sa odhaduje, že 65 až 70% sú z intravenózných katéetrov spojených s infekciou krvného riečišťa a infekcií spojených s katetrizáciou močového traktu, a je možné im predísť (Septimus, 2016). Škrľa, Škrlová (2008) uvádzajú, že dostupné štúdie o pochybeniach ošetrovateľskej starostlivosti naznačujú, že najzávažnejšie sú práve **medikačné omyly a chyby**, ktoré tvoria viac ako 19 % všetkých pochybení sestier. Svetová aliancia pre bezpečnosť pacientov odhaduje náklady spojené s chybami v medicácii na približne 4,5 do 21,8 miliárd € celosvetovo (Európska agentúra pre lieky 2013 in Kim, 2016). Podľa sestier medzi hlavné dôvody pochybenia pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti patrí pracovná preťaženosť sestier, nedostatok sestier, nedodržanie štandardov a nedostatok

preventívnych opatrení. „*Riadenie kvality a riadenie rizik majú jedného spoločného menovateľa - štandardy a audity. Štandardy sa zaoberajú tým, čo je dôležité a z hľadiska kvality a bezpečnosti starostlivosti prijateľné, zatiaľ čo audity sledujú, či zamestnanci v praxi naplňujú požiadavky štandardov a či výstupy procesov spĺňajú očakávanie zdravotníckeho zariadenia a jeho klientov*“ (Škrľa, Škrlová, 2008, s. 20). Na druhej strane, riadenie rizík je proces, počas ktorého sa snažíme cielene zamedziť ohrozenie zdravia pacientov, majetku alebo povesti zdravotníckeho zariadenia následkom existujúcich alebo potencionálnych rizík (Škrľa, Škrlová, 2008). V slovenských zdravotníckych zariadeniach sa zatiaľ stretávame málo so štandardami riadenia rizík, aj keď na druhej strane, ak sestry postupujú podľa štandardizovaných ošetrovateľských postupov, vyhýbajú sa neštandardným postupom a tým aj rizikám, ktoré z toho môžu vyplývať. Zvýšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti znamená poskytovať starostlivosť podľa štandardizovaných ošetrovateľských postupov.

Záver

Sestry a iní zdravotnícki pracovníci sú zodpovední za svoje výkony a výsledky svojej práce a pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti by mali klásť dôraz na neustále zvyšovanie kvality. Tak ako sa v zdravotníckych zariadeniach riadi ekonomika a kvalita, tak je potrebné cielene riadiť aj proces zaisťovania bezpečnosti pacientov a riadenie rizík, ktorým sú pacienti vystavení počas hospitalizácie. V zdravotníctve je rôznorodosť zdravotníckych pracovníkov, a preto je aj vnímanie rizík, ich závažnosti a následkov rôznorodé. Problém pochybenia a mimoriadnych udalostí je v dnešnej dobe dosť častou a obľúbenou témou médií, odbornej a laickej verejnosti, ale taktiež o tom svedčí množstvo príspevkov, článkov, diskusií a sťažností. Pre mnohých však aj napriek tomu oblasť riadenia a odhalenia rizík je vecou nevýznamnou. Z našej štúdie vyplýva, že sestry z rôznych odborov majú na pravdepodobnosť rizika podobný odhad, avšak značná časť sestier niektoré riziká považuje za zanedbateľné alebo nízke. Preto je dôležité sa pýtať, ako ďaleko za to nesie zodpovednosť systém riadenia, a aká je úloha sestier v celom riadení. Riadenie rizík v zdravotníckom zariadení by malo byť súčasťou programu kontinuálneho zvyšovania kvality alebo ako samostatný program. Výsledkom kvalitnej starostlivosti je spokojný pacient, ktorého pobyt v nemocničnom zariadení prebehol bez nežiaducich udalostí.

Bibliografické odkazy

- BRIGGS, J. Odstraňování krátkodobých permanentních močových katétrů. *Best Practice*. 2006;10 (3):1–6.
- BRIGGS, J. Péče o periferní žilní katetry. *Best Practice*. 2008;12(5):1–6.
- JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing., 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
- JURIKOVÁ, S. *Je pobyt v slovenskej nemocnici bezpečný?* [online]. [cit. 2016-03- 28]. Dostupné z: <https://www.slovenskypacient.sk/je-pobyt-v-slovenskej-nemocnici-bezpecny/>
- KIM M.Y., KIM Y.M., KANG S.-W. A survey and multilevel analysis of nursing unit tenure diversity and medication errors. *Journal of Nursing Management*. [online]. [cit. 2016-03- 28]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12366/full>.
- LANGŠÁDL, L. Močové infekcie spojené s dlhodobým cievkovaním. *Sestra*. 2013;12(1–2):27 – 28.
- MELICHERČÍKOVÁ, V. *Sterilizace a dezinfekce v prevenci nozokomialních*. Praha: Galén, 2007. 57 s. ISBN 978-80-7262-468-3.
- ČESKO. MZ ČR. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. 2010 [cit. 2010-15/10]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/3-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejšimu-zdravotnictvi.html>.

MIŇHOVÁ, M. *Vybraná bezpečnostní rizika v ošetrovateľskej péči: bakalárska práca*. 2011. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta.

PLEVOVÁ, I. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

PROKEŠOVÁ R., BRABCOVÁ I., BÁRTLOVÁ S., TÓTHOVÁ V. Specifics of risk management in select medical facility. *Kontakt* 2014;16(4):256– 262.

ŠEFČÍK, V. *Analýza rizik*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. 8 s. ISBN 987-80 -7318-696-8.

SEPTIMUS E.J., MOODY J. *Prevention of Device-Related Healthcare-Associated Infections* [version 1; referees: 2 approved]. [online]. F1000Research 2016, **5**(F1000 Faculty Rev):65. [cit. 2016-03- 28]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754053/>

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

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Jana Cuperová, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Partizánska 1

080 01 Prešov

Slovenská republika

jana.cuperova@unipo.sk

DÔSTOJNÉ UMIERANIE – SKÚSENOSTI S VÝUČBOU DYING WITH DIGNITY – TEACHING EXPERIENCE

Juraj Čáp

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Dosiachnutie dôstojného umierania je jedným z hlavných cieľov starostlivosti o umierajúcich. Zároveň je však význam dôstojného umierania relatívne vágny, preto je nutné využiť reflexívne spôsoby výučby študentov na jeho objasnenie.

Cieľ: Cieľom workshopov bola iniciálna reflexia dôstojného umierania. Autor prezentuje výsledky workshopov a skúsenosti s ich realizáciou vo vysokoškolskom vzdelávaní na Slovensku, v Českej republike, Fínsku a Anglicku.

Metódy: Bola využitá stratégia aktívneho učenia, ktorá zahŕňa niekoľko metód ako interaktívna prednáška, projektívna metóda, skupinová práca, individuálna prezentácia výsledkov a panelová diskusia. Tento spôsob výučby dovoľuje reflektovať daný problém. Workshopy trvali od 1,5 do 2 hodín a boli koncipované pre 8 až 20 účastníkov.

Výsledky: Študenti identifikovali a reflektovali, zo svojej vlastnej perspektívy, nasledovné oblasti dôstojného umierania: Byť človekom vs. vecou; Nieкто, kto je tu pre mňa vs. osamelosť a ľahostajnosť; Autonómia a rešpekt; Súcit vs. ľútosť, Kvalita starostlivosti a liečby. Za prínos považovali konkretizáciu abstraktného a ťažko uchopiteľného pojmu do jednotlivých konkrétnejších oblastí, ktoré ukazujú na pestrosť problematiky, ale dávajú aj možnosť problém prakticky uchopiť.

Záver: Workshop otvára danú problematiku, avšak ďalšie vyučovacie jednotky sú nutné a to so zameraním na implementáciu konceptu dôstojného umierania do praxe.

KLúčové slová: dôstojné umieranie, aktívne učenie, skúsenosť s výučbou

Abstract

Introduction: Achieving dying with dignity is one of the main goals of end-of-life care. However the meaning of dying with dignity is relatively vague. Therefore, the use of reflective methods of learning is needed for better clarification.

Aim: The aim of the workshops was to realize the initial reflection of the dying with dignity concept. The author presents results and experience of implementation of these workshops in higher education in Slovakia, Czech Republic, Finland and England.

Methods: The active learning strategy included several methods as an interactive lecture, projective methods, group work, individual results presentation and panel discussion was used. These teaching methods allow reflection on the problem. Workshops took 1.5 to 2 hours and were designed for 8-20 participants.

Results: Students identified and reflected on the following domains of dying with dignity from their own perspective: To be a human vs. thing; Someone who is there for me vs. loneliness and indifference; Autonomy and respect; Compassion vs. pity; Quality of care and treatment. They considered the concretization of abstract and difficult to understand concept as beneficial. The richness of the concept and the possibilities of how to handle the issue in practice were shown.

Conclusions: Workshops open up the topic, but additional teaching units are required to focus on the practical issues of implementation of the dying with dignity concept into the practice.

Key words: dying with dignity, active learning, teaching experience

Abstrakt je súčasťou riešenia projektu: KEGA 006UK-4/2014: Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania.

The abstract was written as a part of the project KEGA 006UK-4/2014: Human Dignity in the Context of Death and Dying.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovenská republika

cap@jfmed.uniba.sk

UPLATNĚNÍ SUPERVIZE V SESTERSKÉ PRAXI USE OF SUPERVISION AT THE PRACTISE OF NURSES

Šárka Dynáková*, Liana Greiffeneggová**

*Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

** Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů

Abstrakt

Úvod: V zahraničí je supervize používána jako preventivní metoda syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Znají tuto problematiku běžně sestry v České republice? Budou o ni mít po edukaci zájem?

Cíl:

1. Zjistit potřebu racionální a emoční ventilace (sdílení) v zátěžovém povolání sestry.
2. Zjistit s kým sdílí své profesní citové obtíže.
3. Zjistit subjektivní míru informovanosti o syndromu vyhoření.
4. Zjistit subjektivní míru informovanosti o supervizi a jejích možnostech.
5. Zjistit, zda vzroste zájem sester o supervizi poté, co se zúčastní edukačního programu o této problematice.

Metodika: Kvantitativní metoda, anonymní dotazník – dvě části. První část vyplňována před edukativním seminářem a druhá část po semináři. Dotazníky byly rozdány na dvaceti čtyřhodinových vzdělávacích seminářích v České republice, náhodně vybraným respondentům, kteří navštívili seminář. Celkový počet účastníků seminářů byl 636. Podmínka účasti - dokončené zdravotnické vzdělání všeobecná sestra a pracovní zařazení na pozici zdravotní sestry. Zpracováno 400 relevantních dotazníků. Zpracování dat - sloupcové grafy a tabulky. Hlavní statistická metoda - t-test.

Výsledky: Testovali jsme osm výzkumných hypotéz. Zjistili jsme, že sestry mají potřebu ventilace problémů, vzniklých na pracovišti.

Před edukací hodnotily respondentky svoji znalost pojmu syndrom vyhoření na sedmistupňové stupnici jako průměrnou a pojmu supervize jako velmi podprůměrnou. Po edukačním semináři hodnotily svoji znalost pojmu syndromu vyhoření i supervize jako markantně zvýšenou.

Zájem sester o supervizi se podařilo zvýšit na vysokou úroveň.

Závěr: Díky těmto výsledkům došlo k odstartování programu boje proti syndromu vyhoření pomocí supervizních setkání v Thomayerovi nemocnice v Praze.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, motivace, sestra, supervize

Abstract

Introduction: Supervision has been used as a preventive method of the burn out syndrome in the health system professionals in foreign countries. Are the nurses in the Czech Republic familiar with this problem? Will they be interested in it after getting an education?

Aim:

1. To find out whether the nurses have the need to ventilate their issues at their stressful job.
2. To assess a subjective level of understanding of the concept of burn-out syndrome.
3. To assess a subjective level of understanding of supervision and its possibilities.
4. To find out whether the nurses are more interested in supervision after receiving the education.

Methods: A quantitative method, an anonymous questionnaire. The questionnaires were administrated to the randomly selected nurses during 20 educational seminars. 400 questionnaires were evaluated. The results – histograms, tables. A main statistic method – T-test.

Results: Eight research hypotheses have been tested. We found out that the nurses have a need to ventilate their working problems. The nurses assessed their knowledge of the concept of burn-out syndrome as an average and the concept of supervision below average on a 7- point rating scale before the educational seminar.. After completion of the seminar the nurses assessed their knowledge of both concepts as significantly higher. The nurses' interest in supervision was raised to a high level.

Conclusion: Due to the research results there was a start of a program against the burn-out syndrome via supervision sessions at the Thomayer Hospital in Prague.

Key words: burn-out syndrome, motivation, nurse, supervision

Kontaktní adresa autora:

PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

1. LF UK Praha

Kateřinská 32

121 08 Praha 2

dynakova@seznam.cz

SPIRITUÁLNE POTREBY SENIOROV ŽIJÚCICH V KOMUNITNÝCH ZARIADENIACH

SPIRITUALS NEEDS OF ELDERLY LIVING IN COMMUNITY SETTINGS

Ivan Farský, Mária Zanolitová, Martina Lepiešová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Zistiť, ktoré spirituálne potreby sa vyskytujú u seniorov najčastejšie a ktoré považujú za najvýznamnejšie.

Metódy: Súbor tvorilo 300 (117 mužov a 183 žien) seniorov žijúcich v domovoch sociálnych služieb. Použili sme Dotazník spirituálnych potrieb, ktorým respondenti hodnotili prítomnosť/nepítomnosť 29 spirituálnych potrieb. V prípade ich výskytu zároveň hodnotili aj ich dôležitosť na škále od 1 – málo dôležitá po 4- extrémne dôležitá. Spirituálne potreby sú rozdelené do 7 domén spirituality.

Výsledky: Najčastejšie sa u seniorov vyskytovala potreba Byť vd'ačný z domény Pozitívnosť/vd'ačnosť/nádej. Táto potreba sa vyskytovala takmer u 93 % seniorov. Najmenej sa u seniorov vyskytovali potreby Hovoriť s niekým o smrti a umieraní (45% seniorov) a Vyjadriť obavy týkajúce sa života po smrti (43% seniorov) obe z domény Vyriešenie, smrť. V priemere najdôležitejšia spirituálna potreba bola Mať niekoho s kým by ste sa modlili alebo by sa modlil za Vás ($2,90 \pm 0,93$) z domény Božstvo a v priemere najmenej dôležitá bola spirituálna potreba Žiť morálnym životom ($1,90 \pm 0,80$) z domény Morálka a etika.

Záver: Seniori žijúci v komunitných zariadeniach majú špecifické psychosociálne a spirituálne potreby, ktoré vo väčšine prípadov zostávajú nerozpoznané a preto nemôžu byť riešené. Adekvátna ošetrovateľská starostlivosť o seniorov sa nemôže zameriavať len na problémy spojené so znižovaním funkčnej kapacity starších ľudí, ale musí v istej miere reflektovať aj spirituálnu oblasť života seniorov.

Kľúčové slová: spirituálne potreby, seniori, komunitné zariadenia

Abstract

Aim: The aim of study was to determine spiritual needs of elderly living in social retirements homes and to determine how those needs are important to them.

Methods: The study group consisted of 300 (117 men and 183 women) elders living in social retirements homes. We used a spiritual needs survey. Respondents evaluated to the presence or absence of 29 spiritual needs in their life in recent years. At the same time they evaluated the importance of the present spiritual needs on a scale from 1 – 4. 1 means few important and 4 means extremely important. Spiritual needs are divided into seven domains of spirituality.

Results: The most frequently need was „to be thankful or grateful“ from spiritual domain positivity/gratitude/hope/peace. This need was present in nearly 93% of elders. The needs which occurred least were „to talk to someone about death and dying“ (45% of elders) and „to address concerns about life after death“ (43% of elders) both of the domains resolution/death. The most important spiritual need was „to have someone pray with or for you“ (2.90 ± 0.93) from the domain divine and the least important was the need „to live an ethical and moral life“ (1.90 ± 0.80) from the domain morality and ethics.

Conclusion: Elders living in community settings have specific psychosocial and spiritual needs, which in most cases remain undetected and therefore can not be addressed. Adequate nursing care for the elderly can not only focus on the problems associated with the reduction of the functional capacity of older people, but it has to some extent reflect the spiritual aspect of life of elders.

Key words: spiritual needs, elders, community facilities

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Ivan Farský, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
farsky@jfmed.uniba.sk

PODÁVANIE TRANSFÚZNYCH LIEKOV - TEÓRIA A PRAX ADMINISTRATION TRANSFUSION MEDICINES - THEORY AND PRACTICE

Terézia Fertal'ová, Jana Cuperová, Iveta Ondriová, Lívia Hadašová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Ciel': Zistiť úroveň vedomostí a praktických zručností v súvislosti s podávaním transfúzných liekov u študentov v odbore ošetrovateľstvo a u absolventov odboru ošetrovateľstvo, ktorí už pracujú v odbore.

Metódy: Respondentov sme oslovili prostredníctvom elektronického dotazníka vlastnej tvorby. Východiskom pre tvorbu dotazníka bol Metodický pokyn č.81/2004 pre zabezpečenie správnych indikácií transfúzných liekov. Štúdie sa zúčastnilo 157 respondentov.

Výsledky: Výsledky poukazujú na niektoré nedostatky v súvislosti s podávaním transfúzných liekov v klinickej praxi. Nevlastnia doklad o preškolení a pri podávaní transfúzných liekov prekračujú svoje kompetencie.

Závery: Počas štúdia je potrebné venovať väčšiu pozornosť podávaniu transfúzných liekov vo viacerých disciplínach a informovať odbornú verejnosť na nedostatky a prekračovanie kompetencií sestier.

KLúčové slová: transfúzne lieky, sestra, kompetencie, vedomosti.

Abstract

Aim: Determine the level of knowledge and practical skills in connection with the administration of transfusion therapy among students in nursing and nursing graduates who are already working in the field.

Methods: Respondents were contacted through an online questionnaire of our own creation. The starting point for the creation of the questionnaire was Methodological Instruction no. 81/2004 to ensure correct indication of transfusion medicines. 157 respondents participated in the study.

Results: The results point to some deficiencies in the administration of transfusion medicines in clinical practice. They do not have a certificate of retraining and when administering transfusion medication they exceed their competence.

Conclusions: During studies it is necessary to pay more attention to the administration of transfusion medicines in several disciplines and inform the professional public of the deficiencies and exceeding the competence of nurses.

Key words: transfusion medicine, nurse, competence, knowledge.

Úvod

Liečba transfúznymi prípravkami a krvnými derivátmi (hemoterapia) je súčasťou liečby niektorých pacientov v nemocničnej a ambulantnej praxi. Vzhľadom na možné predvídateľné komplikácie zdravotníckimi pracovníkmi, ktorí sa zúčastňujú na procese podávania transfúzných liekov, musia vlastniť doklad o vyškolení na podávanie transfúznej liečby, ktorý vydá Transfúzna komisia príslušného ústavného zdravotníckeho zariadenia, tak ako to nariaďuje Metodický pokyn pre zabezpečenie správnych indikácií transfúzných liekov č. 81/Vestník MZ SR/2004. Podľa tohto metodického pokynu transfúzne lieky podávajú v zdravotníckych zariadeniach lekári v spolupráci so sestrou.

Kompetencie sestier legislatívne upravuje Zákon č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom. § 3 tejto vyhlášky vymedzuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v spolupráci s lekárom,

ktorý určuje aj ošetrovateľské výkony, ktoré súvisia s diagnostickými výkonmi a liečebnými výkonmi, ktoré uskutočňuje lekár pri zavádzaní epidurálneho katétra, močového katétra u detí a mužov, chirurgických výkonoch, endoskopických vyšetreniach, invazívnych výkonoch a neinvasívnych výkonoch, podávaní kontrastných látok intravenóznou formou, a podávaní transfúzných liekov a transfúzných prípravkov. Napriek týmto legislatívnym normám v zdravotníckych zariadeniach pozorujeme ich porušovanie. S cieľom odstránenia týchto nedostatkov chceme dôslednejšie pristupovať vo vzdelávacom procese pri nadobúdaní teoretických vedomostí a praktických zručností budúcich sestier.

Cieľ práce

V záujme zvyšovania kvality vzdelávania a rozsahu nadobudnutých vedomostí v oblasti podávania transfúzných liekov, cieľom empirickej štúdie je zistiť úroveň vedomostí a praktických zručností v súvislosti s podávaním transfúzných liekov u študentov v odbore ošetrovateľstvo a u absolventov odboru ošetrovateľstvo, ktorí už vykonávajú ošetrovateľskú prax. V klinickej praxi sme konfrontovaní s porušovaním odporúčaných pracovných postupov, čo nás inšpirovalo uskutočňovať kroky smerom k odstráneniu nedostatkov pri podávaní transfúzných liekov pri nadobúdaní teoretických vedomostí a praktických zručností v pregraduálnom vzdelávaní.

Súbor a metodika

Sledovaný súbor tvorilo 67 sestier, absolventov odboru ošetrovateľstvo v akademickom roku 2014/2015, ktorí pracujú v odbore a 74 študentov 3. ročníka odboru ošetrovateľstvo v akademickom roku 2015/2016. Kritériom pre sledovaný súbor bolo štúdium na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove. Respondentov sme oslovili prostredníctvom elektronického dotazníka so zaručením anonymity. Štúdia bola realizovaná od januára 2016 do februára 2016. Oslovených bolo 157 respondentov. Návratnosť dotazníkov bola 89,8%. Použili sme neštandardizované dotazníky vlastnej tvorby. Východiskom pre tvorbu dotazníka bol Metodický pokyn č.81/2004 pre zabezpečenie správnych indikácií transfúzných liekov. Prvý pre súčasných študentov a druhý dotazník bol určený absolventom, ktorí vykonávajú ošetrovateľskú prax. Prostredníctvom dotazníkových položiek pre sestry v praxi sme zisťovali v akých medicínskych odboroch pracujú, čo má vplyv na frekvenciu podávania transfúzných liekov. Zároveň nás zaujímalo či vlastnia doklad o preškolení v súvislosti s podávaním transfúzných liekov, vydaný Transfúznou komisiou zdravotníckeho zariadenia podľa vyššie uvedeného metodického pokynu. Vzhľadom na to, že transfúzny liek podľa metodického pokynu podáva lekár v spolupráci so sestrou, v klinickej praxi sme neraz svedkami pochybenia, pretože transfúzny liek podáva sestra so súhlasom lekára, čím sestry prekračujú svoje kompetencie tak, ako ich vymedzuje Vyhláška 364 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 2. júna 2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom. V súvislosti s vymedzením kompetencii sestier sme sa dotazovali či odmietli podať transfúziu. Na sebahodnotenie vedomostí a praktických zručností v súvislosti s podávaním transfúzných liekov sme v dotazníkových položkách využili lineárnu stupnicu. Druhý dotazník bol určený pre študentov odboru ošetrovateľstvo. Dotazníkové položky sme upravovali vzhľadom na to, že nie sú zamestnancami a ich možnosti sú obmedzené. Otázky boli formulované tak, aby sme zistili frekvenciu spolupráce pri podávaní transfúzných liekov čo ovplyvňuje nadobudnuté praktické zručnosti. Podstatným údajom je informácia, v rámci ktorých disciplín počas štúdia získali potrebné teoretické vedomosti o podávaní transfúzných liekov. Rovnako sme sa pýtali či boli oboznámení s metodickým pokynom pre zabezpečenie správnych indikácií transfúzných liekov. Na sebahodnotenie vedomostí a praktických zručností v súvislosti s podávaním transfúzných liekov sme v dotazníkových položkách využili lineárnu stupnicu. Študenti často

kriticky hodnotia niektoré pracovné postupy sestier, preto sme chceli vedieť či sestry v praxi dodržiavajú odporúčané postupy pri podávaní transfúzných liekov. Priemerný vek respondentov bol 23 rokov.

Pre štatistické spracovanie získaných údajov sme použili jednoduché opisné štatistické metódy ako relatívna početnosť a priemer.

Výsledky

Výsledky empirickej štúdie poukazujú na niektoré nedostatky v súvislosti s podávaním transfúzných liekov v klinickej praxi. Študenti štandardne počas štúdia vykazujú vyšší záujem o chirurgické odbory, s čím súvisí vyššia frekvencia spolupráce pri podávaní transfúzných liekov. Priemerná dĺžka praxe respondentov je 7,36 mesiacov. V súbore sestier v klinickej praxi 29,6 % pracuje v chirurgických odboroch a 33,3% na jednotkách intenzívnej starostlivosti a oddeleniach pre anestéziu a intenzívnu starostlivosť, preto aj frekvencia podávania transfúzných liekov je vyššia ako v odboroch vnútorného lekárstva. 63% opýtaných sestier nevlastní doklad o preškolení v súvislosti s podávaním transfúzných liekov vydaný transfúznou komisiou zdravotníckeho zariadenia. V zdravotníckych zariadeniach niekedy pozorujeme, že transfúzne lieky podáva sestra, čo potvrdzujú aj naše výsledky. 63% sestier podáva transfúzne lieky pod dohľadom lekára a dokonca 14,8% nie je prítomný lekár pri lôžku iba kontroluje bed-side-test. Tieto zistenia poukazujú na porušovanie legislatívnych noriem. Z dotazovaného súboru iba 7,7 % sestier odmietli podať transfúziu, avšak je zaujímavé zistenie, že až 76,9% sestier by odmietli podať transfúziu ak by takú možnosť mali. Prítom berme do úvahy, že ide o sestry s priemernou praxou iba 7,36 mesiacov, teda nemôžeme hovoriť o dostatočných klinických skúsenostiach. 96,3% sestier uviedlo, že počas štúdia boli oboznámení s metodickým pokynom pre zabezpečenie správnych indikácií transfúzných liekov, ale v zariadení kde pracujú, ich o tejto legislatívnej norme informovali v nižšom počte, čo potvrdilo 59,3% sestier. Počas štúdia je študent vedený tak, aby všetky pracovné postupy dodržiaval pracoval sústredene a dbal na prevenciu rôznych komplikácií. U sestier v praxi sme zisťovali či dodržiavajú odporúčané pracovné postupy pri aplikácii transfúzných liekov, čo potvrdilo 69,2% opýtaných, 11,5% dodržiavajú iba niektoré a 15,4% iba nevyhnutné. Napriek predchádzajúcim okolnostiam sestry hodnotia svoje vedomosti a praktické zručnosti v súvislosti s podávaním transfúzných liekov ako veľmi dobré, čo potvrdzuje 81,5% opýtaných, zároveň konštatujeme, že až 88,9% respondentov má záujem rozšíriť svoje vedomosti v súvislosti s podávaním transfúzných liekov.

Tab. 1 Porovnanie vybraných odpovedí respondentov

	Teoretické vedomosti	Praktické zručnosti	Odmietnutie podať transfúziu	Potencionálne odmietnutie podať transfúziu	Znalosť legislatívnych noriem
	Priemer	Priemer	%	%	%
Študenti	2,57	2,61	-	59,5	88,1
Sestry	2,11	2,29	7,7	76,9	96,3

Na rozdiel od sestier v praxi v druhom súbore respondentov, ktorými boli študenti tretieho ročníka, až v 78% uvádzali, že pri podávaní transfúzných liekov spolupracovali len zriedka. Musíme však podotknúť, že v klinickej praxi sestry pri príprave a podávaní transfúzií pracujú maximálne sústredene a zodpovedne aby nedošlo k chybe, ktorá by ohrozila život pacienta, preto často študent iba pozoruje sestru či lekára pri podávaní transfúzných liekov. Najviac vedomostí o podávaní transfúzných liekov získali v rámci výučby ošetrovateľských techník, čo potvrdilo 63,4% a počas klinických cvičení čo potvrdilo 22% respondentov. Prekvapujúce

bolo zistenie, že v rámci chirurgického ošetrovateľstva študenti nezískali ďalšie vedomosti o podávaní transfúzných liekov, čo je pre nás podnetom pre úpravu obsahu vzdelávania v chirurgických disciplínach. Na otázku či môže transfúziu podávať sestra až 70,7% odpovedalo správne, teda nesmie podávať, preto aj za podanie transfúzných liekov je zodpovedný lekár, ktorý podal transfúzny liek čo uviedlo až 97,6% dotazovaných študentov. V porovnaní so sestrami v praxi študenti hodnotili svoje vedomosti a praktické zručnosti ako dobré, kým sestry v praxi svoje vedomosti a praktické zručnosti hodnotili ako veľmi dobré. 97,6% študentov má záujem rozšíriť svoje vedomosti a praktické zručnosti v súvislosti s podávaním liekov.

Diskusia

Hemoterapia (liečba transfúznymi prípravkami) predstavuje významný proces v starostlivosti o pacientov s rôznymi ochoreniami. Za dobu svojej existencie prešla niekoľkými etapami. V nich sa významne menili názory na indikácie liečby. Diskusia o tom, že sestry tvoria dôležitý článok v poskytovaní zdravotníckej starostlivosti a bez nich by nebolo možné realizovať klinickú medicínu v praxi je v súčasnosti bezpredmetná. Aj keď súčasné technologické možnosti ponúkajú množstvo výhod a uľahčení, ostáva sestra jedným z rozhodujúcich článkov pri podávaní transfúzných liekov (Tupý, 2010, s. 59). Vo vzdelávacom procese v študijnom programe ošetrovateľstvo je prirodzenou súčasťou nácvik ošetrovateľských postupov nadväzujúci na bázu teoretických vedomostí v súvislosti s podávaním transfúzných liekov. Napriek platným legislatívnym normám a úsiliu vzdelávacej inštitúcie, ktorá pripravuje budúce sestry na výkon povolania, v klinickej praxi sme konfrontovaní s niektorými nedostatkami pri podávaní transfúzných liekov. V záujme zvyšovania kvality vzdelávania sme zisťovali úroveň vedomostí a praktických zručností v súvislosti s podávaním transfúzných liekov u študentov v odbore ošetrovateľstvo a u absolventov odboru ošetrovateľstvo, ktorí už pracujú v odbore. Na základe našich zistení navrhujeme niekoľko odporúčaní na doplnenie obsahu vzdelávania. Zároveň prostredníctvom odborných diskusií chceme informovať odbornú verejnosť na výsledky štúdie, aby v klinickej praxi nedochádzalo k porušovaniu platných a odporúčaných pracovných postupov pri podávaní transfúzných liekov.

Vzhľadom na možné predvídateľné komplikácie zdravotníckimi pracovníkmi, ktorí sa zúčastňujú na procese podávania transfúzných liekov, musia vlastniť doklad o vyškolení na podávanie transfúznej liečby, ktorý vydá Transfúzna komisia príslušného ústavného zdravotníckeho zariadenia. O školení zdravotníckych pracovníkov v súvislosti s podávaním transfúzných liekov sa musí vyhotoviť záznam podpísaný pracovníkom, ktorý sa na školení zúčastnil, a ktorý školenie vykonal. Každé zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa podávajú transfúzne lieky musí mať vypracovaný plán pravidelných školení pracovníkov, ktorí sa podieľajú na procese podávania transfúzných liekov. Výsledky našej štúdie poukazujú na fakt, že 63% opýtaných sestier nevlastní doklad o preškolení v súvislosti s podávaním transfúzných liekov vydaný Transfúznou komisiou zdravotníckeho zariadenia.

Transfúzne lieky podávajú v zdravotníckych zariadeniach lekári v spolupráci so sestrou. V odborných ambulanciách, napríklad v hematologickej, onkologickej, v dialyzačnom centre v jednodňovej ambulantnej starostlivosti podáva transfúzne lieky odborný lekár so špecializáciou (Vestník MZ SR, 2004). V Českej republike transfúziu podáva sestra v spolupráci s lekárom. Podľa vyhlášky č.55/2011Sb. môže všeobecná sestra pod odborným dohľadom lekára aplikovať intravenózne krvné deriváty, asistovať pri zahájení aplikácie transfúzných prípravkov a ďalej bez odborného dohľadu na základe indikácie lekára ošetrovať pacienta v priebehu aplikácie a ukončiť ju. Sestra pre intenzívnu starostlivosť môže aplikovať transfúzne prípravky pod odborným dohľadom lekára (Vytejková, 2015, s. 156). V našom súbore 63% sestier podáva transfúzne lieky pod dohľadom lekára pri lôžku. Aikenova et al. (2001) vo svojej štúdii potvrdzuje, že sestry vykonávajú činnosti, ktoré nie sú v ich

kompetencii. Podobne Kurucová et al (2014, s. 60) sa vo svojom výskume zameriavali na kompetencie, ktoré sestry vykonávajú, no nemajú na ne právomoc. Subškála obsahovala 16 položiek, pričom najčastejšie išlo o informovanie o úmrtí a na druhej strane zriedka išlo o odber arteriálnej krvi. Pri týchto výkonoch sestry prekračovali svoje kompetencie.

V prípade indikácie transfúzneho lieku každý zdravotnícky pracovník, ktorý sa podieľa na procese hemoterapie, zodpovedá za podanie správneho transfúzneho lieku v správnom čase (Vestník MZ SR, 2004). V rámci vzdelávania je žiaduce upozorniť študentov aj na právne dôsledky ak sestra prekračuje svoje kompetencie vymedzené platnou legislatívou.

Každé zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa podávajú transfúzne lieky, musí mať vypracovaný systém objednávanía transfúzných liekov, postupy v prípade naliehavej potreby transfúzneho lieku, schémy objednávanía transfúzných liekov na oddelenie, metodické usmernenie liečby transfúznymi liekmi, systém identifikácie všetkých podaných transfúzných liekov, systém spätného vyhľadania každého transfúzneho lieku a jeho príjemcu, štandardný pracovný postup podávania transfúzných liekov, plán pravidelných školení pracovníkov (Vestník MZ SR, 2004). Prekvapivé je naše zistenie, v ktorom sestry priznali, že pri podávaní transfúzných liekov dodržiavajú iba niektoré pracovné postupy, konkrétne 11,5% a dokonca 15,4% dodržiavajú iba nevyhnutné. Predpokladáme, že môže ísť o vynechanie biologickej skúšky v takom rozsahu ako to popisuje metodický pokyn, prípadne, že transfúziu podávajú sestry alebo prvých 15 minút nesledujú pacienta pri lôžku. Krv nie je tekutina. Je to transplantačný orgán so všetkými imuno hematologickými súvislosťami (Tupý, 2010, s. 61). Pri podávaní transfúzných liekov môžu nastať komplikácie viazané buď na transfúzny prípravok alebo na klinický a imunitný stav pacienta. Môžu byť akútne alebo neskoré, ľahké, stredne ťažké a dokonca potransfúzna hemolytická reakcia bezprostredne ohrozuje pacienta na živote (Endacott, Jevon, Cooper, 2009, s. 265). Dodržiavanie odporúčaných postupov je predpokladom, že podanie transfúzných liekov prebehne bez akýchkoľvek komplikácií.

Rozdiely sme zistili pri sebahodnotení vedomostí a praktických zručností. Sestry v praxi hodnotili svoje vedomosti a praktické zručnosti pri podávaní transfúzných liekov ako veľmi dobré, kým študenti hodnotili svoje vedomosti a praktické zručnosti ako dobré. Vo februári 2014 sme realizovali prieskum, v rámci ktorého sme chceli zistiť, ako študenti hodnotia svoje praktické zručnosti pri jednotlivých odborných výkonoch v klinickej praxi. Hodnotenia sa zúčastnilo 84 študentov. Pri hodnotení praktických zručností za najlepšie študenti hodnotili praktickú zručnosť pri meraní fyziologických funkcií a aplikáciu subkutánnej injekcie, naopak najhoršie praktické zručnosti študenti hodnotili pri príprave transfúzie (Fertal'ová, 2015). Tieto výsledky boli podnetom, aby sme problematike podávania transfúzných liekov venovali väčšiu pozornosť pri výučbe v simulačnom laboratóriu a v podmienkach klinickej praxe. Zároveň boli inšpiráciou realizovať predkladanú štúdiu.

Záver

Výsledky empirickej štúdie poukazujú na niektoré nedostatky či neistotu a nedostatočné vedomosti pri podávaní transfúzných liekov. Našou ambíciou je orientovať problematiku podávania transfúzných liekov pri výučbe okrem ošetrovateľských postupov, klinických cvičení aj v iných disciplínach, hlavne v chirurgickom ošetrovatel'stve. Exkurzia študentov v krvnej banke významnou mierou môže ovplyvniť bázu vedomostí študentov. Takáto forma výučby je atraktívnejšia v porovnaní s teoretickým výkladom či štúdiom odbornej literatúry. Za dôležitý krok považujeme zverejnenie legislatívnych noriem, ktoré sestra pri výkone povolania musí poznať, v e-learningovom prostredí. O našich zisteniach chceme informovať odbornú verejnosť, aby pri podávaní transfúzných liekov boli dodržiavané odporúčané postupy s minimalizáciou komplikácií.

Bibliografické odkazy

- AIKEN, L., H. et al. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*. 2001; 20(3): 43-53 [online]. 2001 [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/content/20/3/43.full>
- ENDACOTT, R., JEVON, P., COOPER, S. *Clinical Nursing Skills Core and Advanced*. New York: Oxford University Press, 2009. s. 260-272 ISBN 978-0-19-923783-8.
- FERTAĽOVÁ, T. et al. Súčasný trendy vo vzdelávaní a hodnotení. In. *Recenzovaný zborník príspevků vedecké konferencie s mezinárodní účastí Sapere Aude 2015. Koncepty dneška. vol. V*. Hradec Králové: MAGNANIMITAS, 2015. s. 98-104 . ISBN 978-80-87952-09-2.
- KURUCOVÁ, R. et al. Uplatnenie kompetencií sestier v praxi. *Ošetrovatel'stvo-teória výskum-vzdelávanie*. 2014; 4(2): 58-64.
- PISARČÍKOVÁ, M. *Transfúzie u detí* [online]. 2012 [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: https://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjzobJy6TLAhWE8XIKHbXTB4wQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lf.upjs.sk%2Fceea%2Fdoc4%2F04%2520Pisarcikova%2520Transfuzie%2520CEEA%25202012.pdf&usg=AFQjCNGn6P7xq5Xw50S7An1RvaYdwU1_hQ&cad=rja
- PODRACKÁ, Ľ. Transfúzia krvi u detí: kedy áno a kedy nie? *Pediatrica pre prax*. 2012; 13(2):81-86.
- VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- TUPÝ, J. Príprava transfúzneho lieku – história, súčasnosť, úloha sestry. *Zdravotnícke štúdie*. 2010; 3(2): 57-62.
- ČESKO. Zákon č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. Dostupné z: <http://www.asapoz.eu/clanky/zakony--legislativa/kompetencie-sestier-a-pa-v-sr-kontra-kompetencie-sestier-a-pa-v-cr.html>
- SLOVENSKO. Ministerstvo zdravotníctva. Metodický pokyn pre zabezpečenie správnych indikácií transfúzných liekov č. 81 zo dňa 1.11. 2004. In *Vestník Ministerstva zdravotníctva SR 2004*, čiastka 47-48.
- SLOVENSKO. Ministerstvo zdravotníctva. Vyhláška zo dňa 2. júna 2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. In *Zbierka zákonov č. 364/2005 Slovenská republika*, čiastka 155, s. 3734-3739. Dostupné z: www.zbierka.sk/sk/predpisy/364-2005-z-z.p-8773.pdf

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Terézia Fertal'ová, PhD.
Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove
Partizánska 1
080 01 Prešov
terezia.fertalova@unipo.sk

RATIONING V OŠETŘOVATELSTVÍ RATIONING IN NURSING

Michaela Gehrová*, Darja Jarošová**

*Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení urgentního příjmu

**Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Předkládaný příspěvek se věnuje problematice přidělované ošetřovatelské péče (rationing), která se v důsledku nastaveného systému poskytování zdravotních služeb dostává do popředí v odborných diskusích.

Přidělovanou ošetřovatelskou péčí můžeme definovat jako proces alokace omezených zdrojů, která by měla být v ideálním stavu naprosto spravedlivá a efektivní. Ve zdravotnictví je aplikována přidělovaná péče ve formě explicitní nebo ve formě implicitní. Explicitní přidělovaná péče je prováděna na úrovni administrativní a je založena na podkladě otevřeného přijetí nedostatečných zdrojů. Implicitní přidělovaná péče je aplikována na úrovni zdravotnického pracovníka a konkrétního pacienta, kdy v důsledku limitace zdrojů dochází k omezení péče, o kterém rozhodne samotný zdravotnický pracovník. Tento stav je velkým sociálním a morálním problémem, jelikož nejsou přesně stanovená pravidla a hranice na základě, kterých k omezení péče dochází.

V rámci provedených zahraničních studií je doložitelný negativní vliv implicitní přidělované péče na poskytování ošetřovatelské péče. Má negativní dopad na bezpečí a zdraví pacienta. Dále ovlivňuje pracovní prostředí a firemní kulturu zdravotnických zařízení. Základními faktory implicitní přidělové péče v důsledku, kterých dochází k negativnímu vlivu na ošetřovatelskou péči, jsou nedostatečné personální zdroje, špatné pracovní prostředí, týmová spolupráce, nadměrný pracovní stres a samotný systém nastavení priorit.

Klíčová slova: ošetřovatelská péče, přidělovaná péče, explicitní, implicitní

Abstract

The presented document deals with the rationing in nursing care, which due to current system of providing health care services comes to the fore in professional discussions.

Allocation of nursing care can be defined as the allocation process of the limited resources, which should be in ideal condition absolutely fair and effective. The allocated care is applied in an explicit or an implicit form in the healthcare. Explicit allocating care is performed on the administrative level and is based on an open acceptance of inadequate resources. Implicit allocated care is applied at the level of the healthcare worker and the individual patient. Due to the limitation of resources, the healthcare is limited too and healthcare worker himself decides about restrictions on treatment. This state is a major social and moral problem, because they are not well-defined rules and limits, under which the limitation care is performed.

The negative impact of the implicit allocated care on nursing care is documented in the performed foreign studies.

Has a negative impact on the safety and health of the patient. Also affects the working environment and corporate culture of health facilities. The basic factors of implicit rationing care, for which there is a negative impact on nursing care, are insufficient personnel resources, poor working environment, teamwork, excessive work stress and the very system of setting priorities.

Key words: nursing care, rationing, explicit, implicit

Úvod

Zdravotnictví jako celek prochází v posledních desetiletích velkými změnami a čelí také celé řadě závažných problémů. Z počátku se může zdát, že největším problémem současného zdravotnictví jsou finanční náklady a nedostatek finančních prostředků. Musíme si, ale uvědomit, že jedny ze základních problémů zdravotnictví a zdravotních systémů jsou uloženy mnohdy jinde.

Pochopení pojmu zdraví je základním předpokladem pro přípravu i realizaci opatření vedoucích ke zlepšení zdraví a také řešení rozsáhlé problematiky zdravotnictví. Zdraví lidského jedince je považováno za jednu z nejdůležitějších a nejdůležitějších hodnot naší společnosti. Samotný pojem zdraví je definován Světovou zdravotnickou organizací jako stav plné fyzické, psychické a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady. Je důležité si uvědomit, že zdraví je také považováno za dynamický proces, který jedinec či stát v důsledku chování nebo nastavených politik může vědomě a cíleně ovlivňovat (Holčík, 2011).

Velmi důležitý je pohled na etickou, morální rovinu zdraví a s ní související poskytování zdravotní péče. V rámci legislativních norem je zásadním dokumentem Všeobecná deklarace lidských práv, která v článku 25 uvádí: „Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli“ (United, 1948). Z uvedené citace je zřejmé, že nutnost poskytovat zdravotní služby v rozsahu rovných příležitostí za účelem zdraví jedince je základním úkolem společnosti. Samotné posouzení, zda je proces spravedlivý, závisí na tom, co společnost akceptuje jako stejné právo pro všechny (McCoy, 2003).

V samotném systému zdravotnictví jsou služby, které považujeme za samozřejmé. Mezi tyto zdravotní služby řadíme poskytnutí neodkladné péče, a to bez ohledu na to zda ji zdravotní pojišťovna uhradí či ne. Musíme se, ale také zaměřit na řešení situace, kdy v důsledku rostoucích nákladů nebudeme moci zdravotní péči, nad rámec neodkladné péče, vždy poskytnout. Dalším citlivým tématem je situace, kdy v rozkvětu medicínských technologií, s ním související následně lepší a časnější diagnostice, v návaznosti kvalitnějších terapeutických výkonů a účinnější léčby, narůstá počet pacientů vyžadujících zdravotní péči. V důsledku uvedeného dochází k rozšiřování požadavků na zdravotní péči, která je několikanásobně nákladnější.

Samotné rozhodování o tom, komu a kdy bude určitá zdravotní služba poskytnuta, je velmi eticky a morálně náročné. Optimální by bylo, kdybychom mohli zdravotní péči poskytnout bez omezení všem, ale možnosti současného zdravotnictví jsou omezené a alokace dostupných zdrojů zcela závisí na zdravotní politice státu. V důsledku toho se dostáváme do situace přidělované péče (Williams et al., 2012).

Cíl teoretické studie

Hlavním cílem je analyzovat, zmapovat v dostupných literárních zdrojích a pramenech výsledky studií věnující se problematice přidělované ošetrovatelské péče.

Přidělovaná péče v ošetrovatelství

Pojem přidělované péče můžeme definovat jako proces alokace omezených zdrojů, která by měla být v ideálním stavu naprosto spravedlivá a efektivní. Dále také jako nalézání

a ospravedlňování důvodů pro přidělování a nepřidělování zdravotnických služeb některým lidem, kterým by mohly přinést užitek (Williams et al., 2012).

Ve zdravotnictví je aplikována přidělovaná ošetrovatelská péče ve formě explicitní nebo ve formě implicitní. Explicitní přidělovaná ošetrovatelská péče je prováděna na úrovni administrativní a je založena na podkladě otevřeného přijetí nedostatečných zdrojů. Její základ je založen na přesně nastavených pravidlech a normách (péče hrazena zdravotní pojišťovnou). Implicitní přidělovaná ošetrovatelská péče je aplikována na úrovni zdravotnického pracovníka a konkrétního pacienta, kdy v důsledku limitace zdrojů dochází k omezení péče, o kterém rozhodne samotný zdravotnický pracovník. Implicitní přidělovaná ošetrovatelská péče je spojena s částečnou svobodou rozhodování a je převážně ve formě skryté. Tento stav je velkým sociálním a morálním problémem, jelikož nejsou přesně stanovená pravidla na základě, kterých k omezení péče dochází. (Williams et al., 2012).

K zásadním důvodům nedostupnosti či nemožnosti poskytnutí určitého typu zdravotní služby dochází v důsledku nedostatečné kapacity, kdy příkladem mohou být dlouhé čekací doby nebo nedostatek zdravotnického personálu v pracovních směnách. Dalším příkladem jsou doplatky za zdravotní péči, a to z pohledu pacientů ve stavu hmotné nouze. Nedostatečné vzdělání zdravotnického personálu ve směru jazykových dovedností a kulturních rozdílů je zásadním bodem, který se objevuje v přidělované ošetrovatelské péči. Zcela jistě dochází k situacím, kdy jazyková bariéra má nepříznivý vliv na ošetrovatelskou péči (International, 2011). Dostupnost zdravotní péče je také ovlivňována přesunem či odkladem neakutní péče, omezením počtu lůžek, snižováním kvality poskytovaných výkonů či použitím levných variant zdravotnických materiálů.

Uvedené příklady významně ovlivňují ošetrovatelskou péči a to z pohledu vnímání profesního prostředí pro registrovanou sestru. Dále ve vztahu k negativním výsledkům zdravotního stavu pacientů a také s ohledem na bezpečí pacienta. Příkladem mohou být závěry multicentrické studie autorského kolektivu Schubert et al. (2013). Do této studie bylo zapojeno 35 zdravotnických zařízení ve Švýcarsku, které poskytují akutní péči. Celkově se na této studii podílelo 1633 registrovaných sester v pozici respondentů. Jako výzkumná metoda byl použit kvantitativní výzkum. Hlavním nástrojem, který výzkumný tým použil, bylo scale BERNCA (Schubert et al., 2013). BERNCA scale je nástroj, který pomocí stupnice (1 – často, 2 – někdy, 3 – zřídka, 4 – nikdy, 5 – povinné) měří postoje respondenta v rámci dotazníkového šetření a zjišťuje názory registrovaných sester na problematiku přidělované ošetrovatelské péče. Uvedené šetření bylo zaměřeno na provádění ošetrovatelských intervencí, které jsou předem stanoveny v rámci ošetrovatelského procesu a v rámci pracovní směny. Nástroj zahrnuje 32 položek – ošetrovatelské intervence, které registrovaná sestra v rámci přidělového systému vykonává u přidělených pacientů. Nízké skóre BERNCA naznačuje nízkou hladinu přidělového systému (Schubert et al., 2013). V závěrech této studie se uvádí, že 98 % zúčastněných registrovaných sester v posledních sedmi pracovních dnech, nebyly schopny vykonat průměrně jednu ze 32 ošetrovatelských intervencí, které jsou uvedeny v BERNCA scale (medián 1,69, směrodatná odchylka 0.571). V rámci pracovní činnosti registrovaných sester dochází k alokaci zdrojů a vytváření vlastního hierarchického systému, který upřednostňuje nezbytnou ošetrovatelskou péči. V popředí byly ošetrovatelské intervence, které mají přímý vliv na pacienta (monitorování životních funkcí, aplikace léčiv). Nejvíce byly omezovány intervence, u kterých není nastaven časový interval (psychosociální podpora pacientů, zpracování ošetrovatelské dokumentace). Mezi hlavní faktory, které ošetrovatelskou péči ovlivňují, byly zařazeny: systém nastavení priorit, pracovní prostředí a personální zdroje. Tyto prediktory ovlivňují přiměřenost při alokaci zdrojů. Pokud dojde k překročení předem definované prahové hodnoty, zvyšuje se riziko negativních dopadů na výsledky pacientů (Schubert et al., 2013).

Další studie, která se věnuje oblasti přidělované ošetrovatelské péči je studie autorského kolektivu Papastavrou et al. (2014). Tato studie se věnuje přímo implicitnímu přidělování

ošetřovatelské péče. Cílem studie bylo zjistit, zda je spokojenost pacienta spojena s přidělováním ošetřovatelské péče. Dále jaké je vnímání pracovního prostředí a samotné vykonávání praxe registrovaných sester při nastavování ošetřovatelského procesu u pacienta. Dalším cílem byla identifikace prahové hladiny pro přidělování péče, kdy základním parametrem je spokojenost pacienta (Papastavrou et al., 2014). Studie byla zaměřena na dvě kategorie respondentů – 352 dospělých pacientů a 318 registrovaných sester (10 oddělení z 5 všeobecných státních nemocnic). Použitým nástrojem bylo dotazníkové šetření za použití BERNCA scale a Revised Professional Practice Environment (RPPE), které se věnuje vyhodnocení pracovního prostředí (motivace, vztahy, konflikty, vedení lidí a autonomie, týmová spolupráce, kultivovanost, přenos informací) u registrovaných sester. RPPE nástroj měří postoje respondenta a zjišťuje názory registrovaných sester na danou problematiku za pomoci čtyřbodové Likertové škály (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často nebo 5 – vždy). Dále byl u pacientů použit dotazník Satisfaction Scale (dotazník věnující se oblasti spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí). Satisfaction Scale obsahuje 29 položek rozdělených do 3 domén, ve kterých se zaměřuje na přímou a nepřímou ošetřovatelskou péči. Hodnocení respondenta je pomocí Likertové škály a měří postoje respondenta na dotazovanou problematiku (Merkouris et al., 1999). Hlavním zjištěním uvedené studie bylo negativní vnímání dvou hlavních proměnných, přidělování ošetřovatelské péče a vnímání pracovního prostředí s ohledem na spokojenost pacienta. Regresní analýza ukázala, že péče v rámci přidělového systému a pracovního prostředí ovlivňuje spokojenosti pacienta. Pacienti uváděli velmi nízkou spokojenost v oblasti přímé ošetřovatelské péče (základní ošetřovatelská péče, informace, edukace), ale tato nespokojenost byla vázána na proměnlivost a nestálost pracovního prostředí. Ve zdravotnických zařízeních, která disponovala dostatečným počtem zdravotnického personálu a kvalitním pracovním prostředím, bylo skóre přidělované péče velmi nízké. Proti tomu zdravotnické zařízení s ne zcela korektním pracovním prostředím a firemní kulturou, mělo skóre přidělované péče vysoké (Papastavrou et al., 2014). Závěr studie shrnuje důležitost nastavení prahových hodnot pro přidělový systém, které již ovlivňují výsledný stav pacienta. Samotná přidělovaná ošetřovatelská péče by měla být nastavena tak, aby nebyla ohrožena bezpečnost pacienta (Papastavrou et al., 2014).

Přídělový systém je také aplikován na úrovni zdravotnických zařízení v rámci dlouhodobé ošetřovatelské péče. Studie autorů Zúñiga et al. (2015) monitoruje výskyt implicitního přidělování ošetřovatelské péče v domech s pečovatelskou službou na území Švýcarska. Cílem této studie bylo popsat úroveň implicitního přidělování ošetřovatelské péče a dále prozkoumat přidělování péče ve vztahu k úrovni personálního zajištění, fluktuace personálu a dalších faktorů v rámci pracovního prostředí. Do studie bylo náhodným výběrem zařazeno 156 zařízení se 402 jednotkami a 4307 zaměstnanci v přímé péči ve všech úrovních vzdělávání. V této skupině bylo 25 % registrovaných sester. Aplikovanou výzkumnou metodou byl kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Použitými nástroji byly BERNCA scale, stupnice Nursing Work Index (monitoruje pracovní prostředí sester), Attitudes Questionnaire (zaměřuje se na kvalitu pracovního prostředí a týmovou spolupráci) a dotazník Stress Inventory, který sleduje vliv pracovních stresorů (Zuniga et al., 2015). Studie ukázala, že v uvedených domech s pečovatelskou službou nedochází významně často k implicitnímu přidělování péče na úrovni zdravotnických pracovníků (především registrovaných sester). V rámci přidělování péče, nebyla omezována základní ošetřovatelská péče (hygiena, příjem stravy, vyprazdňování, medikace). Bylo zjištěno, že k omezení v důsledku implicitního přidělování ošetřovatelské péče, dochází při zpracování ošetřovatelské dokumentace. Omezována byla dále sociální péče a pečovatelská služba. Základním ovlivňujícím faktorem pro vzniklé omezení či přidělení péče byly personální zdroje, týmová spolupráce a vyšší pracovní stres. Zlepšení týmové práce a snížení pracovního stresu by mohlo vést k omezení aplikace implicitního přidělování ošetřovatelské péče (Zuniga et al., 2015).

Další problematika, která významně ovlivňuje ošetrovatelskou péči, je péče opomíjená, zmeškaná či chybějící (missed care). K této situaci může docházet z různých důvodů. Příkladem může být neposkytnutí péče v důsledku alokace zdrojů a přidělované péče. Pokud pacient nedostává v průběhu hospitalizace kvalitní ošetrovatelskou péči, v rozsahu odpovídající jeho onemocnění, může docházet k zhoršení jeho zdravotního stavu, komplikacím a následným negativním výsledkům. Významně je ohrožena kvalita ošetrovatelské péče a bezpečí pacienta. Problematikou opomíjené či chybějící péče se zabývala studie autorského kolektivu Kalisch et al. (2011). Tato studie byla provedena v rámci 10 zdravotnických zařízení poskytujících akutní péči. Zapojeno bylo celkem 110 oddělení a 4086 respondentů (registrované sestry, praktické sestry, asistenti sestry). Výzkumným nástrojem byl dotazník MISSCARE survey, který je primárně zaměřen na kvantitativní sběr dat. Dotazník je rozdělen na část první (zmeškaná ošetrovatelská péče), kde respondent ve 24 položkách odpovídá na otázky týkající se neprovedených ošetrovatelských intervencí, které jsou předem stanoveny v rámci ošetrovatelského procesu (stupnice 1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často nebo 5 – vždy). V druhé části dotazníku, odpovídá respondent v 16 položkách rozdělených do 3 kapitol na předem stanovené důvody zmeškané péče (stupnice 1 – není faktorem pro zmeškání péče, 2 – minimální faktor, 3 – střední faktor a 4 – významný faktor) (Kalisch et al., 2011). Závěry studie prokázaly vztah mezi úrovní zdravotnických zařízení a typem zmeškané péče. Trendy v četnosti a typologii zmeškané péče byly u všech nemocnic podobné. Celkově lze konstatovat, že ke zmeškané péči docházelo v rámci polohování, výživy, medikace, zpracování ošetrovatelské dokumentace. Důvody pro zmeškání péče byly také podobné u všech zařazených nemocnic. Mezi nejčastější příčiny patřily problémy v oblasti nedostatečné personální pokrytí a nadměrná pracovní zátěž (Kalisch et al., 2011).

Závěr

Dle výše uvedených studií je doložitelný negativní vliv přidělované ošetrovatelské péče. Významný podíl na něm má implicitní přidělovaná ošetrovatelská péče, která nemá jasná pravidla, ale ani zcela jasné hranice. Je aplikována na úrovni zdravotnického pracovníka a konkrétního pacienta, kdy v důsledku limitace zdrojů dochází k omezení péče, o kterém rozhodne samotný zdravotnický pracovník. Základními faktory v důsledku, kterých je realizovaná implicitní přidělovaná ošetrovatelská péče, jsou personální zdroje, pracovní prostředí, týmová spolupráce, pracovní stres a systém nastavení priorit. V České republice, dle dostupných zdrojů, dosud nebyla realizována žádná studie, která by se věnovala přidělované ošetrovatelské péči. V současné době, kdy se české zdravotnictví dostává do situace významného nedostatku registrovaných sester a v důsledku této situace dochází k omezování poskytování péče, by mohl výzkum ukázat, že studie zaměřená na oblast přidělované péče by ukázala slabé stránky organizace systému poskytování ošetrovatelské péče.

Bibliografické odkazy

HOLČÍK, J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. In: ŘEHULKA, E. *Škola a zdraví 21: Výchova ke zdraví: Podněty ke vzdělávacím oblastem*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5524-7.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, *Mezinárodní den sester 2011: Překlenutí rozdílů: Větší dostupnost a rovnoprávnost zdravotní péče*. Geneva. 2011. ISBN 978-92-95094-50-5.

KALISCH, B. J., TSCHANNEN, D., LEE, H., FRIESE, CR. Hospital variation in missed nursing care. *American Journal Of Medical Quality: The Official Journal Of The American College Of Medical Quality*. 2011, 26(4), 291-9.

MCCOY, D. Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity. *Regional Network for Equity in Health in Southern Africa in co-operation*

with *Oxfam GB*. [online]. 2003. [cit. 2016-10-3]. Dostupné z: <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/handle/10625/48900>.

MERKOURIS, A., YFANTOPOULOS, J., LANARA, V., LEMONIDOU, C. Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal Of Nursing Management*. 1999, 7(2), 91-100. ISSN 09660429.

PAPASTAVROU, E., ANDREOU, P., TSANGARI, H., MERKOURIS, A. Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing - a correlational study. *BMC Nursing*. 2014, 13, 26. ISSN 14726955.

SCHUBERT, M., AUSSERHOFER, D., DESMEDT, M., SCHWENDIMANN, R., LESAFFRE, E., LI, B., DE GEEST, S. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*. 2013, 50(2), 230-9. ISSN 1873491X.

UNITED NATIONS, *The Universal Declaration of Human Rights*. [online]. 1948. [cit. 2016-10-3]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Introduction.aspx>.

WILLIAMS, I. et al. *Rationing in health care: the theory and practice of priority setting*. Bristol: The Policy Press, 1. vydání, 2012. ISBN 9781847427748.

ZÚÑIGA, F., AUSSERHOFER, D., HAMERS, JPH, ENGBERG, E., SIMON M., SCHWENDIMANN, R. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2015;52(9):1463-1474. ISSN 0020-7489.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. et Mgr. Michaela Gehrová
Kpt. Jaroše 19
779 00 Olomouc
M.Gehrova@seznam.cz

BEZPEČNOSTNÍ PROCES NA OPERAČNÍM SÁLE (E-POSTER) SAFETY PROCESS IN THE OPERATING THEATER

Petra Gombalová*, Ilona Plevová**

**Fakultní nemocnice Ostrava, Kardiochirurgické centrum, centrální operační sály*

***Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence*

Abstrakt

Cíl: Cílem práce bylo zjistit, jak je bezpečnostní proces prováděn na kardiochirurgických operačních sálech ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Metodika: Metodou sběru dat bylo pozorování kardiochirurgického operačního personálu při provádění bezpečnostního procesu ve všech třech jeho fázích a zápisů šetření do auditního listu vlastní konstrukce, který vychází z ošetřovatelského standardu Fakultní nemocnice Ostrava – Univerzální protokol prevence záměny pacienta, místa operace či prováděného výkonu. Počet kardiochirurgických operací, které byly náhodně vybrány v období od 1. 2. 2014 do 30. 10. 2014, kdy auditní šetření probíhalo, bylo 145.

Výsledky: V první fázi bezpečnostního procesu při předávání pacienta mezi sestrami byla identifikace pacienta, předání jeho kompletní dokumentace a zápis do formuláře bezpečnostního procesu provedena u většiny akutních i plánovaných operací. Identifikace pacienta v druhé fázi těsně před přípravou k operaci nebyla provedena perioperační sestrou pouze v jednom případě. Ve dvou případech nebyl proveden dotaz o celkové připravenosti pacienta k operačnímu týmu před chirurgickým řezem, obě tyto operace byly urgentní. Třetí fáze bezpečnostního procesu po skončení operace byla ve všech bodech splněna u všech 145 operací.

Závěr: Bezpečnostní proces na kardiochirurgických operačních sálech FNO je prováděn personálem ve všech jeho fázích včas a dle ošetřovatelského standardu FNO. Výjimkou úplného nebo částečného neprovedení bezpečnostního procesu jsou výkony prováděné v časové tísní, tedy operace akutní, kdy je veškerá činnost zdravotníků směřována na záchranu lidského života.

Klíčová slova: auditní šetření, nemocniční zařízení, bezpečí, kvalita, bezpečnostní proces, operační sál, komunikace

Abstract

Aim: The aim of this work was to find out how the safety processes are performed on cardiac operating theatres in the chosen health care facility.

Methods: The data collection method was the observation of cardiac operations personnel during the implementation of the safety processes in all three phases, and records of the investigation into the audit worksheet own design, which is based on the standard of nursing University Hospital Ostrava (FNO) – Universal protocol to prevent confusion of the patient, the surgical site and conducted performance. The number of cardiac surgeries, which were randomly selected during the period from 01/02/2014 until 30/10/2014, when the survey was conducted was 145.

Results: During the first phase of safety process, in the time of a transmission between the patient's nurses was patient's identification, transfer of his complete documentation, and registration in the form of safety process performed by the both, acute, and also planned operations. In two cases, the question of the overall readiness of the patient for the planned operation before surgical incision was not performed, both of these operations were urgent. The third phase of the safety process – after an operation, has been completed at all points for all 145 operations.

Conclusion: The safety process at cardiosurgical operating theaters of FNO is being carried out by personnel in its all phases on time, and according to nursing standards of FNO. Exceptions for incompleteness, or partial failure of the fulfillment of the safety process are surgical procedures performed under a time pressure, i.e. acute operations, where all activities of health professionals is geared to save human life.

Key words: audit inquiry, hospital equipment, safety, quality, safety process, operating theatre, communication

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Petra Gombalová
COS Kardiochirurgické centrum FNO
17. listopadu 1790
708 00 Ostrava
gombalova@fno.cz

GENDEROVÉ STEREOTYPY VE ZDRAVOTNICTVÍ

GENDER STEREOTYPES IN HEALTH

Liana Greiffeneggová*, Šárka Dynáková**, Pavel Neveselý***

*Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

***22. základna letectva Náměšť nad Oslavou

Abstrakt

Cíle: Byly stanoveny tyto cíle:

- Zjistit, do jaké míry přetrvávají genderové stereotypy ve vztahu k profesi všeobecného ošetrovatele u dnešních středoškoláků, potenciálních studentů tohoto oboru.
- Mezi zdravotníky ověřit, jak oni sami vnímají přítomnost mužů na pozici všeobecný ošetrovatel a zda management zdravotnických zařízení cíleně muže na tyto pozice vyhledává a motivuje k výkonu tohoto povolání.
- U náhodně vybraných zástupců veřejnosti ověřit, zda v populaci přetrvávají genderové stereotypy v oblasti povolání.

Metody: Kvantitativní průzkum formou anonymního dotazníku pro management nemocnic, všeobecné sestry a laickou veřejnost.

Výsledky: Celkem bylo testováno 7 hypotéz s využitím základních statistických metod. Z vyhodnocení dotazníků pro středoškoláky vyplývá, že povolání všeobecného ošetrovatele studenti neznají a jejich představu o této práci nejvíce ovlivnily představy o povolání ošetrovatele. Dále se potvrdilo, že mladí lidé přebírají společenské a kulturní stereotypy v oblasti genderu a povolání. V oslovených zdravotnických zařízeních se počet mužů ve sledované profesi pohybuje mezi 1/3 – 1/5 celosvětového průměru. Vedení nemocnic nevyvíjí žádnou zvýšenou snahu o zvýšení jejich počtu. Zdravotníci samotní obecně toto povolání považují za vhodné pro obě pohlaví. Výsledky u zástupců veřejnosti prokázaly velmi pozitivní pokrok společnosti v oblasti genderové problematiky. Zjištěné náznaky genderové segregace byly minimální.

Klíčová slova: gender, všeobecný ošetrovatel, genderové stereotypy, segregace pracovního trhu.

Abstract

Aims:

- Determine the extent to which gender stereotypes persist in relation to the profession of nurse in today's high school students, prospective students in this field.
- Among health care professionals, to verify how they themselves perceive the presence of men in the position of general nurse and whether management of health care facilities focused for men for these positions also if they searched and motivated to pursue that profession.
- In randomly selected members of the public, check if the population gender stereotypes persist in their profession.

Methods: A quantitative survey using anonymous questionnaire for the management of hospitals, nurses and the general public.

Results: A total of 7 tested hypotheses using basic statistical methods. The evaluation questionnaire for high school students shows that the profession of nurse students know and their idea of this work most influenced ideas about the care profession. It was further confirmed that young people take social and cultural stereotypes in gender and occupation. In the health facilities surveyed, the number of men in the profession pursued between 1/3 - 1/5 of the world

average. Keeping hospitals not involved in any extra effort to increase their numbers. Health workers themselves this profession generally considered suitable for both sexes. Results for members of the public showed very positive progress of society on gender issues. Detected signs of gender segregation were minimal.

Keywords: gender, general nurse, gender stereotypes, labor market segregation.

Kontaktní adresa autora:

Liana Greiffeneggová

Lékařská fakulta MU

Kamenice 735/5

625 00 Brno

grei@med.muni.cz

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE EFEKTÍVNOSŤ KLINICKÉHO PROSTREDIA V PREGRADUÁLNEJ PRÍPRAVE SESTIER

FACTORS INFLUENCING THE EFFECTIVENESS OF CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT IN NURSING EDUCATION

Elena Gurková*, Katarína Žiaková**, Silvia Cibříková*, Dagmar Magurová*, Anna Hudáková*, Slávka Mrosková*

*Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva,

**Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Cieľom deskriptívnej prierezovej štúdie bolo zistiť ako študenti ošetrovateľstva hodnotia vybrané faktory klinického prostredia v priebehu ošetrovateľskej praxe v zdravotníckych zariadeniach. Zisťovali sme vzťahy medzi vybranými faktormi klinickej výučby a hodnotením klinického prostredia študentmi.

Metódy: Výskumu sa zúčastnilo 503 študentov druhých a tretích ročníkov študijného programu ošetrovateľstvo zo šiestich univerzít v rámci SR. Na hodnotenie klinického prostredia bol použitý validný a reliabilný dotazník *Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale (CLES+T)*. Rozdiely v hodnotení klinického prostredia sme zisťovali Pearsonovým chí-kvadrátovým testom, viacfaktorovou analýzou rozptylu (ANOVA). Na zistenie závislosti medzi premennými sme použili Pearsonov korelačný koeficient. Výsledky boli spracované na hladine štatistickej významnosti $\alpha \leq 0,05$.

Výsledky: Významná časť študentov uvádzala skúsenosti s tradičným modelom skupinovej supervízie. Metóda supervízie, frekvencia supervíznych stretnutí a dĺžka klinickej praxe na pracovisku mali významný vzťah k hodnoteniu klinického prostredia.

Záver: Metóda supervízie predstavuje významný faktor ovplyvňujúci hodnotenie klinického prostredia študentmi. V porovnaní s európskymi štúdiami sme zistili nižšiu mieru implementácie individuálneho supervízneho vzťahu študenta s mentorom. V rámci univerzít na Slovensku dominoval tradičný skupinový model supervízie. Uvedené výsledky umožňujú analýzu faktorov významných pre zabezpečenie kvality klinickej výučby.

Kľúčové slová: klinická výučba, klinické prostredie, klinická supervízia, mentoring

Abstract

Aim: The purpose of the cross-sectional descriptive study was to investigate how nursing students evaluate particular factors of clinical learning environment during their clinical placement in hospitals. We explored which factors of the clinical environment contribute significantly to students' perceptions of clinical learning environment

Methods: The sample included 503 students attending the second or the third year from six Slovak universities. Student nurse experiences of clinical learning environments, the supervision provided by qualified nurses in clinical placements were measured by the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale. The data were analysed using descriptive statistics, Pearson's chi-square test, multifactorial ANOVA procedure and Pearson's correlations and p-value < 0.05 was taken to indicate statistical significance for all comparisons.

Results: Majority of students in the Slovak sample experienced a traditional model of group supervision. Frequency of supervision meetings and mainly the supervision model have a significant association with students' perceptions of clinical learning environment.

Conclusion: The supervision methods have an association with students' perceptions of clinical learning environment. In comparison with European studies we did not confirm a move from

group supervision approach to a one-to-one supervision orientation. The study offers a valuable insight into analysis of factors contributing to improvement of clinical learning environment and models of clinical or workplace training.

Key words: clinical learning, clinical learning environment, supervision, mentorship

Štúdia vznikla ako súčasť projektu KEGA Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier (016PU-4/2015).

Kontaktná adresa autora:

Doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.
Fakulta zdravotníckych odborov PU
Partizánska 1
08001 Prešov 1
Slovenská republika
elena.gurkova@unipo.sk

SKÚSENOSTI S REALIZÁCIOU EDUKAČNÉHO PROGRAMU ZAMERANÉHO NA PREVENCIU NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ

EXPERIENCE IN IMPLEMENTING EDUCATIONAL PROGRAM AIMED AT THE PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS

Lívia Hadašová, Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová

Prešovská Univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľ'stva

Abstrakt

Úvod: Realizácia edukačného programu pre sestry v oblasti prevencie nozokomiálnych nákaz je jedna z možností ako posilniť bezpečnosť pacienta, podporiť proces zabezpečovania a zvyšovania kvality v zdravotníckom zariadení a zvýšiť odbornú erudíciu sestier.

Ciel': Predstaviť edukačný program zameraný na prevenciu nemocničných nákaz, ktorý je súčasťou stratégie prevencie a kontroly nozokomiálnych infekcií v klinickej praxi.

Metody: Edukačný program bol organizovaný v privátnom zdravotníckom zariadení v košickom regióne v rokoch 2010-2015, raz mesačne, 9x ročne, bol určený pre vedúce sestry, kontaktné sestry oddelení pre nozokomiálne nákazy, celkovo sa ho zúčastnilo 44 osôb. Obsahom edukačného stretnutia v rozsahu 90 minút bola kazuistika prípadu nozokomiálnej nákazy, rozbor a výsledky kontroly hygienicko-epidemiologického režimu, štandard ošetrovateľského výkonu súvisiaceho s rizikom vzniku nozokomiálnej nákazy. Súčasťou edukačného programu boli aj prehľady rezistencií na antimikrobiálne látky podľa oddelení, novelizované právne predpisy a informácie zo štúdií riešiacich problematiku nozokomiálnych nákaz.

Výsledky: V mikrobiologickom monitoringu z rúk a prostredia o 60% pokles pozitívnych výsledkov, eliminácia chýb a nedostatkov v hygienicko-epidemiologickom režime, zníženie spotreby antibiotík z 22% na 17%, pri stúpajúcom počte hospitalizovaných pacientov, zvyšujúce sa percento hlásených nozokomiálnych nákaz z 0,6 na 1,1%, vypracované a do praxe implementované štandardy súvisiace s problematikou profylaxie a riešenia nozokomiálnych nákaz.

Záver: Dosiahnuté výsledky v klinickej praxi preukázali efektívnosť edukačného programu zameraného na podporu bezpečnosti pacienta v aspekte prevencie nozokomiálnych nákaz.

Kľúčové slová: nozokomiálne nákazy, prevencia, kontrola, sestra, edukačný program.

Abstract

Introduction: Implementing an educational for nurses in the prevention of nosocomial infections is one of the ways to enhance patient safety, support the process of quality assurance and quality improvement in health care facilities and enhance the professional expertise of nurses.

Aim: Introduce an educational aimed at the prevention of hospital-acquired infection, which is part of the strategy of prevention and control of nosocomial infections in clinical practice.

Methods: The educational was organized in private health facilities in the Košice region in the years 2010-2015, monthly, 9 times per year. It was meant for managing nurses, department contact nurses for nosocomial infections, overall it was attended by 44 people. The educational content of 90 minutes was case reports of cases of nosocomial infections, analysis and inspection results of sanitary epidemiological regime, standards of nursing performance associated with the risk of nosocomial infections. The educational also included reports of resistance to antimicrobial agents by department, amended regulations and information from studies addressing the issue of nosocomial infections.

Results: In microbiological monitoring of hands and environment there was 60% decline in positive results, an elimination of errors and deficiencies in the sanitary-epidemiological

regime, a reduction in the consumption of antibiotics from 22% to 17% against an increasing number of hospital patients, increasing the percentage of reported nosocomial infections from 0.6 to 1.1%, developing and implementing in practice the standards related to the problem of solutions for the prophylaxis of nosocomial infections.

Conclusion: The results obtained in clinical practice have shown the effectiveness of the educational on promoting patient safety in the aspect of prevention of nosocomial infections.

Key words: nosocomial infections, prevention, monitoring, nurse, educational programme.

Úvod

Nemocničná nákaza (ďalej NN) je nákaza vnútorného alebo vonkajšieho pôvodu, ktorá vznikla v príčinnej súvislosti s pobytom alebo výkonom v zdravotníckom zariadení alebo zariadení sociálnych služieb (Zákon č.355/2007 Z.z). Krkoška (2002, s.8) uvádza, že podľa Centre for Disease Prevention and Control je nozokomiálna nákaza definovaná ako lokálny alebo celkový stav, ktorý je výsledkom reakcie prítomného infekčného agens alebo jeho toxínu. Vzniká počas hospitalizácie, pričom infekcia nie je prítomná a rovnako nie je v inkubačnom čase pri prijatí, pričom spĺňa špecifické kritéria lokalizácie infekcie. Keď inkubačná doba nie je známa, sú za nozokomiálne nákazy považované tie, ktoré vznikli po viac ako 48-72 hodinách od prijatia do zdravotníckeho zariadenia. Najčastejšími sú infekcie močových ciest, nasledujú infekcie dýchacích ciest, infekcie v mieste chirurgického výkonu, infekcie krvného riečiska a ostatné (ECDC, 2013). V súčasnej dobe zdravotná starostlivosť zahŕňa okrem klasickej nemocničnej starostlivosti aj iné formy poskytovania intenzívnej, resp. invazívnej zdravotnej starostlivosti, napr. v zariadeniach jednotňovej chirurgie, v poliklinických centrách, špecializovaných ambulanciách, predpokladá sa, že infekcie môžu byť akvirované vo všetkých týchto zariadeniach. Z tohto dôvodu sa postupne termín nozokomiálne nákazy nahrádza termínom nákazy súvisiace so zdravotnou starostlivosťou (HAI – healthcare- associated infection) (Mayhall, 2012). Na Slovensku sa podľa oficiálnej štatistiky nozokomiálne nákazy vyskytujú približne u 0,5 -1% hospitalizovaných pacientov (ÚVZ, 2012). Toto číslo je nerealisticky nízke. V súčasnosti sa priemerná incidencia nozokomiálnych nákaz v nemocniciach vo vyspelých krajinách pohybuje v rozmedzí 6-10% hospitalizovaných pacientov. Vyšší výskyt NN sa zisťuje u kriticky chorých pacientov na jednotkách intenzívnej starostlivosti a na oddeleniach s väčším počtom imunokompromitovaných pacientov (Štefkovičová, 2013, s.77). Z uvedených dôvodov je nevyhnutné neustále hľadať vždy nové a účinné metódy prevencie a profylaxie. Literárne zdroje uvádzajú, že približne u 20-30% prípadov nozokomiálnych infekcií je možné predísť intenzívnymi programami na prevenciu a kontrolu nozokomiálnych nákaz (Štastná, 2005, s.21). Efektívnym program pre prevenciu možno ovplyvniť počet a závažnosť NN i finančné náklady. V roku 1985 v projekte SENIC v USA (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) bolo dokazené, že ak má nemocnica zriadený nemocničný tím a zaoberá sa cielenou, premyslenou kontrolou NN, výskyt NN poklesne o 32%. Tento program je efektívny v prevencii prenosu nozokomiálnych nákaz, ale aj nákladovo efektívny. Bolo tiež dokázané, že pri minimálnych preventívnych opatreniach sa výskyt nozokomiálnych nákaz znížil o 6%. Naopak, ak sa tejto problematike nevenuje systematická, riadená pozornosť, počet infekcií narastá (Haley et al., 1985, s.22).

Cieľ

Cieľom práce je predstaviť realizáciu edukačného programu zameraného na prevenciu a kontrolu NN, ktorý je súčasťou programu Stratégie prevencie a kontroly NN v klinickej praxi. Edukačný program je zameraný na posilnenie bezpečnosti pacienta, zvyšovanie odbornej erudície sestier a podporu rozvoja kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Súbor a metodika

Edukčný program zameraný na prevenciu a kontrolu nozokomiálnych nákaz bol organizovaný v privátnom zdravotníckom zariadení v košickom regióne s počtom lôžok 379. Jeho aplikácia v praxi prebiehala kontinuálne v období rokov 2010-2015. Edukácia bola realizovaná ako vzdelávacia aktivita miestnej úrovne v trvaní 90 minút raz mesačne, 9x ročne, na samostatných edukačných stretnutiach, kde témy boli špecificky prispôbené k zisteniam a identifikovaným nedostatkom na vybranom oddelení. Za vytvorenie a realizáciu edukačného programu zodpovedal ústavný hygienik, námestníčka pre ošetrovatelstvo a epidemiologická sestra.

Štruktúra edukačného programu pozostávala z 5 základných okruhov:

1. Kazuistika prípadu nozokomiálnej nákazy z vybraného oddelenia.
2. Štandard vybraného ošetrovateľského výkonu, súvisiaceho s rizikom NN.
3. Rozbor hygienicko-epidemiologického režimu vybraného oddelenia a výsledky mikrobiologického monitoringu.
4. Štatistika – počet NN, počet operácií, počet odobratých hemokultúr, počet pozitívnych hemokultúr, počet zavedených periférnych venózných katétrov.
5. Prehľady mechanizmov rezistencie na antimikrobiálne látky.

Cieľovou skupinou pre edukačné stretnutia boli kontaktné sestry oddelení pre NN, vedúce a úsekové sestry oddelení, celkový počet zúčastnených osôb bol 44. Členovia cieľovej skupiny boli na svojich pracoviskách zodpovední za prenos informácií a realizáciu opatrení, týkajúcich sa prevencie NN. Efekt edukačného programu sme zisťovali sledovaním indikátorov ako počet kontaminovaných sterov z nemocničného prostredia, počet kontaminovaných odtlačkov z rúk personálu, počet infekcií v operačnej rane na počet operácií, počet pacientov s pozitívnou hemokultúrou, náklady na antibiotiká, náklady na dezinfekciu.

Výsledky

Po piatich rokoch fungovania tímu pre kontrolu infekcií, na základe aktívnej spolupráce komisie pre NN a antibiotickej komisie, pravidelného monitorovania a vyhodnocovania stanovených indikátorov a realizácie edukačného programu sme v stratégii prevencie a kontroly NN, dosiahli uvedené výsledky:

1. Pravidelný mikrobiologický monitoring prostredia, rúk – pokles pozitívnych výsledkov o 60% - čo odráža správnosť vykonávania dekontaminačných postupov a účinnosť dezinfekčných prostriedkov.
2. Pravidelný výkon auditov realizácie a dokumentácie ošetrovateľských výkonov súvisiacich s rizikom NN, čo donieslo efekt postupnej eliminácie chýb a nedostatkov prostredníctvom nápravných a preventívnych opatrení.
3. Do praxe implementované štandardy bariérového ošetrovatelstva a štandardy na profylaxiu ranových, močových, krvných infekcií a ošetrovateľských výkonov súvisiacich s prevenciou a rizikom NN.
4. Výkon auditov hygienicko-epidemiologického režimu a príslušnej dokumentácie, postupná eliminácia nedostatkov.
5. Zvyšujúce sa percento hlásených nozokomiálnych nákaz z 0,06 na 1,1 %.
6. Zníženie spotreby ATB z 23% na 17% z celkových nákladov na lieky (zníženie empirického podávania ATB), pri stúpajúcom počte hospitalizovaných pacientov a operačných výkonov.
7. Zavedený kontinuálny vzdelávací program pre štandardizované ošetrovateľské výkony vyžadujúce aseptický prístup a legislatívne požiadavky týkajúce sa nemocničnej hygieny.

Diskusia

V zmysle platnej legislatívy podľa Zákona č. 578/2004 Z.z., je povinnosťou každého zdravotníckeho zariadenia mať zavedený systém kvality. Súčasťou systému kvality je zadefinovaný program Bezpečnosti pacienta, ktorého súčasťou je stratégia prevencie a kontroly NN. Základom uvedeného programu bolo vytvorenie smerníc, manuálov pre hygienicko-epidemiologický režim oddelení, ďalej štandardov zameraných na ošetrovanie rán, zavedenie a ošetrovanie, periférnych venózných katétrov, permanentných močových katétrov, bariérové ošetrovatel'stvo, hygienu rúk, procesy sanitácie a dekontaminácie prostredia a zdravotníckych pomôcok, bezpečnú manipuláciu a transport biologického materiálu, manipuláciu s nebezpečným odpadom. Hygienicko-epidemiologický režim stanovuje prevádzkový poriadok oddelení, je v podobe riadenej formy dokumentácie, zahŕňa dezinfekčný program, režim a manipuláciu s nemocničným prádlom, manipuláciu so stravou, triedenie a separáciu odpadov na oddelení, štandardné pracovné postupy pri výskyte multirezistentných kmeňov. Mesačne sme na vybraných oddeleniach realizovali kontroly hygienicko-epidemiologického režimu, ďalej vykonávali a vyhodnocovali výsledky mikrobiologického monitoringu prostredia a odtlačkov rúk, čo poskytlo informácie o rezervoároch pôvodcov nozokomiálnych infekcií, ďalej kontaminácii predmetov a účinnosti vykonávanej dezinfekcie. Cieľom vzdelávania bolo, aby si zdravotnícki pracovníci boli vedomí dôležitosti a princípov prevencie a kontroly NN, kritických bodov v hygienicko-epidemiologickom režime a v procese starostlivosti o pacienta. Podľa autoriek (Červeňanová, Blažejová, 2011, s.17) štúdie a skúsenosti z praxe poukazujú, že sestry majú nedostatočné vedomosti v zásadách dezinfekcie, predsterilizačnej príprave a hygiene rúk. V štúdiu, v ktorej autori zisťovali a porovnávali úroveň vedomostí, zručností a návykov sestier v problematike centrálnych venózných katétrov vo vzťahu k rizikám infekcie na vybraných oddeleniach podľa odporúčaní CDC a procesuálnych štandardov, poukázala, že sestry nedodržiavajú niektoré základné bariérové ošetrovatel'ské techniky a nemajú dostatočné vedomosti v ošetrovatel'ských postupoch, ktoré súvisia s rizikom a vznikom nozokomiálnych nákaz (Kelčíková, Sakmárová, 2011, s.11).

Edukačný program vznikol na základe identifikovaných nedostatkov počas ošetrovatel'ských auditov ošetrovatel'ských výkonov, zistených nedostatkov v hygienicko-epidemiologickom režime oddelení. Súčasťou náplne edukačného programu boli aj aktuálne novelizované právne predpisy a informácie z domácich a zahraničných štúdií riešiacich problematiku prevencie i kontroly NN. Uvedený edukačný program sprístupnil informácie z aktívnej činnosti komisie pre NN (sledovanie počtu NN, analýza hlásených NN a z nich vybrané kazuistiky, počet odobraných a pozitívnych hemokultúr) a komisie pre racionálnu antibiotickú politiku a liečbu - štandardy pre profylaktické, empirické a ciele podávanie antibiotík, sledovanie nákladov na spotrebu antibiotík podľa jednotlivých skupín, prehľady mechanizmov rezistencie na antimikrobiálne látky. K úspešnej realizácii edukačného programu zameraného na prevenciu NN prispelo aj vytvorenie tímu pre kontrolu infekcií a referátu nemocničnej hygieny v organizačnej štruktúre nemocnice so zadefinovaním stratégie, cieľov, kompetencií a úloh. Tím pre kontrolu infekcií tvorí nemocničný hygienik, epidemiologická sestra, členovia komisie NN, klinický mikrobiológ, kontaktní lekári oddelení pre NN, kontaktné sestry oddelení pre NN. Tím pre kontrolu a prevenciu NN tvorí a realizuje programy pre kontrolu infekcií na úrovni nemocnice.

Záver

Nozokomiálne nákazy predstavujú vážny medicínsky, ekonomický i etický problém, sú závažnou komplikáciou zdravotnej starostlivosti a podieľajú sa na predčasných úmrtiach. Zhoršujú kvalitu života pacientov, predlžovaním dĺžky hospitalizácie a potrebou ďalšej liečby zhoršujú ekonomiku nemocníc. Manažment rizík sa stáva nevyhnutnou súčasťou manažmentu organizácie, pretože i napriek všetkej starostlivosti nie je možné vylúčiť množstvo nežiaducich

situácií, ktoré môžu ohroziť jej činnosť (Szekelyová, Dimunová, 2014, s.31). Svetový trend riešenia prevencie nozokomiálnych nákaz sa realizuje prostredníctvom programov bezpečnosti pacienta. Podľa pokynu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je nevyhnutnosťou v rámci stratégie bezpečnosti pacienta v každom zdravotníckom zariadení spracovať program na prevenciu NN, ktorého súčasťou je nastavenie spoľahlivého systému identifikácie, evidencie a analýzy NN, ďalej implementácia preventívnych opatrení pre zníženie vzniku NN (ÚDZS, 2014). V zmysle posilnenia bezpečnosti pacienta a zabezpečenia a zvyšovania kvality poskytovanej starostlivosti má mať zdravotnícke zariadenie do praxe implementovaný systém sústavného vzdelávania. Konštatujeme, že návrh, vytvorenie a realizácia nášho edukačného programu zameraného na prevenciu NN sa javí ako účinný. Dosiiahnuté výsledky v klinickej praxi preukázali efektívnosť vytvoreného a realizovaného edukačného programu zameraného na podporu bezpečnosti pacienta v aspekte prevencie NN.

Bibliografické odkazy

ČERVENĀNOVĀ, E., BLAŽEJOVĀ, A. Edukácia zdravotníckych pracovníkov v nových trendoch hygienického režimu ako prevencia nozokomiálnych ochorení. *Nozokomiální nákazy*. 2011;10(3):14-23.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008*. [online]. © 2008,

Stockholm: ECDC [cit. 2016-03-03]. Dostupné z:

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). *Health Topics: Healthcare-associated infections*. [online]. © 2013 [cit.2013-03-16]. Dostupné z:

<http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated-infections>

KRKOŠKA, D. *Nozokomiálne nákazy – problém stále aktuálnejší*. *Nozokomiálne nákazy*. 2002

MAYHALL, CG. *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2012. 1576 s. ISBN 101-60831-300-X.

KELČÍKOVĀ, S., SAKMÁROVĀ, A. Prevencia infekcie u pacienta s centrálnym venóznym katétrom. *Nozokomiální nákazy*. 2011;10(3):9-13. ;1(1)8-13

ŠTEFKOVIČOVĀ, M., LITVOVĀ, S. *Nozokomiálne nákazy v slovenských nemocniciach*. Žilina: Zdravé stránky s.r.o., 2013. 96 s. ISBN 978-80-971480-0-3.

ŠŤASTNĀ, E. *Sledování nozokomiálních nákaz jako vnitřní proces řízení kvality zdravotnické péče v nemocnici Přerov*. *Nozokomiální nákazy*. 2005;(1):18-21.

SLOVENSKĀ REPUBLIKA. Zákon č. 355 zo dňa 21. júna 2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In *Zbierka zákonov Slovenskej republiky*. 2007. Dostupné z: www.zbierka.sk/sk/predpisy/355-2007-z-z.p-31791.pdf.

SLOVENSKĀ REPUBLIKA. Zákon č. 578 zo dňa 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In *Zbierka zákonov Slovenskej republiky*. 2004. Dostupné z: www.zbierka.sk/sk/predpisy/578-2004-z-z.p-8186.pdf.

SLOVENSKĀ REPUBLIKA. Metodický pokyn Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č.3 zo dňa 2014. Zavádzanie systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Dostupné z: www.udzs-sk.sk/.../VE.../2569ff86-fc98-4db6-a542-f8fe5479dc8b vestník číslo 15/2014 obsah: str. 2 - 5.

SZELELYOVĀ, J., DIMUNOVĀ, L. *Manažment rizik a bezpečnosť v operačnom trakte*. Košice: EQUILIBRIA, 2014. 82 s. 978-80-814-3155-5.

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA. *Výročné správy o činnosti Regionálnych úradov verejného zdravotníctva v Slovenskej republike za roky 2002-2012*

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Lívia Hadašová, PhD., MBA
Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove
Partizánska 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
livia.hadasova@unipo.sk

VALIDACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ KLASIFIKACE NIC V NEONATOLOGICKÉ PÉČI

VALIDATION OF NURSING INTERVENTIONS NIC IN CARE NEONATOLOGY

Jana Chrásková*, Mária Boledovičová, Karel Hrach*****

**Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence*

***Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Česká republika*

****Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence*

Abstrakt

Cíl: Cílem studie bylo validovat ošetrovatelské aktivity ošetrovatelských intervencí z klasifikačního systému NIC 1054 Asistence při kojení a 5244 Poradenství při kojení vybraným souborem neonatologických sester a porodních asistentek – expertek.

Metody: Za účelem validace ošetrovatelských intervencí byl použit upravený Fehringův model validity diagnostického obsahu (Diagnostic Content Validity Model), který v souvislosti s validací ošetrovatelských intervencí bývá označován jako Fehring Interventions Content Validation (ICV). Soubor tvořilo 81 neonatologických sester a porodních asistentek – expertek. Za expertky byly považovány sestry pracující na neonatologii, které získaly minimálně 4 body dle modifikovaných Fehringových kritérií. Neonatologické sestry splňovaly kritérium vzdělání v oboru všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí dětské sestry a zároveň byly absolventkami certifikovaného kurzu pro laktanční poradkyně s délkou praxe více jak 5 let. Do skupiny expertek byly zařazeny i absolventky bakalářského stupně vzdělání v porodní asistenci, s minimální délkou kontinuální praxe 5 let na novorozeneckém oddělení. Pro posouzení významnosti ošetrovatelských zásahů byl použit měřicí nástroj obsahující 63 položek ošetrovatelských aktivit uvedených v klasifikačním systému NIC.

Výsledky: Na podkladě názoru expertů bylo detekováno pouze 6 ošetrovatelských činností jako nevýznamné u intervence 1054 - Asistence při kojení. U intervence 5244 - Poradenství při kojení jako nevýznamné označili experti 3 činnosti. Obě intervence dosáhly váženého skóre > 0,80.

Závěr: Ošetrovatelské intervence, které lze využít v neonatologické péči pro edukaci o kojení, jsou validní.

Klíčová slova: ICV model, expert, asistence při kojení, poradenství při kojení, ošetrovatelská intervence, validace.

Abstract

Aim: The aim of this study was to validate the nursing activities of nursing interventions of the NIC classification system in 1054 Assistance with breastfeeding and lactation consultancy 5244 file selected neonatal nurses and midwives - experts.

Methods: To validate the nursing interventions used a modified model Fehringův diagnostic content validity (Diagnostic Content Validity Model), which in connection with the validation of nursing interventions is termed Fehring Interventions Content Validation (ICV). The sample consisted of 81 neonatal nurses and midwives - experts. For they were considered expert of nurses working in neonatology, which received at least 4 points by modified Fehringových criteria. Neonatal nurses meet the criterion of education in the field of general nurse with specialized qualifications baby sister and was also a graduate course for certified lactation consultant practice with a length of more than 5 years. To a group of IT specialists were included graduates of the bachelor of education degree in midwifery, with a minimum length

of 5 years continuous experience in a nursery. To assess the significance of nursing interventions used measurement instrument containing 63 items nursing activities listed in the classification system NIC.

Results: On the basis of expert opinion was revealed only six nursing activities as insignificant at the 1054 intervention - Assistance during breastfeeding. In 5244 intervention - Consulting during lactation experts as insignificant marked 3 activity. Both interventions have achieved a weighted score of > 0.80 .

Conclusions: Nursing interventions that can be used in neonatal care, for education about breastfeeding, are valid.

Key words: ICV model, expert, help with breastfeeding, advice on breastfeeding, nursing interventions, validation.

Úvod

V současné době je kromě klasifikačního systému NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association – International Taxonomy) předmětem zájmu v ošetrovatelském výzkumu i klasifikační systém NIC (Nursing Interventions Classification), který je zároveň zakomponován do vzdělávacích kurikul budoucích všeobecných sester a porodních asistentek. Výzkumníci v oblasti klasifikačního systému NIC vydávají publikace, které vychází ve čtyřletých intervalech. Jejich edice vznikají rozvojem a zdokonalováním těch předchozích a byly datovány roky: 1991, 1996, 2000, 2004, 2008 a 2013. Poslední šestá edice obsahuje 554 ošetrovatelských intervencí (Bulechek et al., 2012). Klasifikace NIC prezentuje velkou škálu intervencí, které jsou členěny do taxonomické struktury tvořené 7 doménami a 30 třídami. Intervence lze použít na jakémkoliv pracovišti poskytujícím ošetrovatelskou péči např. jednotky intenzivní péče, standardní oddělení, domácí a hospicová péče, primární péče, akutní péče, dlouhodobá péče. Z tohoto důvodu je tato klasifikace označována jako zevrubná (Bulechek et al. 2008). Pro oblast neonatologické péče lze uvést ošetrovatelské intervence, které je možné využít při laktačním poradenství. Ošetrovatelská intervence 1054- Asistence při kojení je definována jako příprava matky ke kojení jejího dítěte a ošetrovatelská intervence 5244 - Poradenství při kojení je definována jako využití interakce mezi matkou a sestrou k podpoře úspěšného kojení (Bulechek et al., 2012).

Cíl

Validace ošetrovatelských aktivit ošetrovatelských intervencí z klasifikačního systému NIC 1054 Asistence při kojení a 5244 Poradenství při kojení vybraným souborem neonatologických sester a porodních asistentek – expertek na území České republiky.

Soubor a metodika

Za účelem vyhledání klinických expertů bylo osloveno pět nemocnic v Ústeckém kraji, které vyjádřily souhlas s realizací výzkumného šetření. Do souboru 81 expertů byly zařazeny registrované všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí dětské sestry a registrované porodní asistentky s výkonem klinické praxe na oddělení šestinedělí nebo oddělení novorozeneckém. Při jejich výběru byla respektována modifikovaná Fehringova kritéria: 1. dosažené vzdělání – minimálně bakalářský stupeň; 2. získání specializace v neonatologii nebo porodní asistenci; 3. délka praxe na novorozeneckém oddělení, nebo na oddělení šestinedělí – minimálně jeden rok; 4. závěrečná práce studia zaměřena na ošetrovatelskou diagnostiku a 5. publikovaný článek na téma ošetrovatelské diagnostiky. Do souboru expertek studie byly zařazeny ty, které splnily minimálně 4 z uvedených kritérií (získaly 4 body) a současně souhlasily s participací na výzkumu (Zeleníková et al, 2010). Za účelem validace ošetrovatelských intervencí byl použit upravený Fehringův model validity diagnostického obsahu (Diagnostic Content Validity Model), který v souvislosti s validací ošetrovatelských

intervencí bývá označován jako Fehring Interventions Content Validation (ICV) (Fehring, 1986). Pro sběr dat byl vytvořen výzkumný nástroj, který obsahoval základní sociodemografické údaje experta, položky k identifikaci kritérií k zařazení sestry nebo porodní asistentky do skupiny expertů a 63 položek ošetřovatelských činností ošetřovatelských intervencí z klasifikačního systému NIC, včetně způsobu hodnocení jejich významnosti na Likertově škále v rozmezí 1–5 (Bulechek et al., 2012).

Výsledky

K analýze významnosti ošetřovatelských činností byl použit výpočet váženého průměru metodikou ICV modelu Fehringa (1987). Vyhodnocení údajů na Likertově škále bylo provedeno následovně: 5 na škále = 1, 4 = 0,75, 3 = 0,5, 2 = 0,25 a 1 = 0. Poté byly aritmetickým průměrem připraveny ICV vážené průměry pro všechny ošetřovatelské činnosti. Ošetřovatelské činnosti byly zařazeny do třech skupin. Hodnota váženého průměru > 0,80 = aktivity pro plnění intervence významné, vážený průměr 0,79–0,50 = aktivity pro plnění intervence mírně významné a vážený průměr < 0,50 = netypické pro plnění dané intervence. Na podkladě názoru expertů bylo detekováno pouze 6 ošetřovatelských činností jako nevýznamné u intervence 1054 - Asistence při kojení (Tabulka 1).

Tab. 1 Ošetřovatelská intervence - Asistence při kojení

1054 - ASISTENCE PŘI KOJENÍ			
Definice: Příprava matky ke kojení jejího dítěte			
Název ošetřovatelské aktivity	průměr	(σ)	skóre
Sleduj schopnost sání novorozence	4,68	0,64	0,92
Přesvědč o nevhodnosti použití umělých látek pro kojící	4,68	0,77	0,92
Monitoruj novorozence schopnost správně uchopit bradavku	4,64	0,71	0,91
Pouč, jak má novorozenec odříhnout	4,62	0,68	0,90
Pouč o správné technice ukončení sání kojence	4,59	0,64	0,90
Sleduj integritu kůže na bradavkách	4,62	0,70	0,90
Informuj matku v případě potřeby o možnosti odsávání k udržení laktace	4,54	0,74	0,89
Podporuj pohodlné, bavlněné, podpůrné podprsenky pro kojící	4,54	0,69	0,89
Diskutuj o použití odsávačky, pokud novorozenec zpočátku není schopen kojení	4,56	0,72	0,89
Pouč o správné péči o bradavky včetně toho, jak zabránit bolestivosti bradavek	4,53	0,67	0,88
Pouč o kontrole městnání v prsech, o včasném vyprazdňování kojením nebo odsáváním	4,52	0,74	0,88
Přesvědč matku, aby se vyvarovala kouření cigaret při kojení	4,51	0,86	0,88
Podporuj matku, aby při počátečních pokusech a v případě potřeby požádala o pomoc sestry, k dosažení 8 až 10 krmení během 24 hodin	4,47	0,74	0,87
Pouč matku o charakteristických znacích kojeneckého močení a vyprazdňování	4,43	0,68	0,86
Pouč matku o správné poloze	4,38	0,95	0,85
Podporuj pohodlí a soukromí při prvních pokusech o kojení	4,42	0,89	0,85
Pouč matku o dobře vyvážené stravě v období kojení	4,41	0,87	0,85
Diskutuj s matkou o plánované intenzitě a délce doby, po kterou by chtěla kojít	4,42	0,89	0,85
Pomáhej rodičům při identifikaci podnětů probuzeného novorozence jako příležitost ke kojení	4,41	0,91	0,85
Upozorni matku na laktačního poradce, dle potřeby	4,38	1,00	0,85
Podporuj matku v kojení dítěte tak dlouho, dokud bude mít zájem	4,36	1,13	0,84
Umožni včas kontakt matky s dítětem a příležitost ke kojení do 2 hodin po narození	4,30	0,85	0,82

Monitoruj zvýšené plnění prsou v souvislosti s kojením anebo odsáváním	4,28	1,10	0,82
Identifikuj matčin podpůrný systém pro udržení laktace	4,30	0,90	0,82
Pouč matku o sledování novorozence při sání	4,19	1,29	0,80
Podporuj nenutritivní sání z prsu	4,21	1,01	0,80
Podporuj matku v nabízení obou prsou při každém kojení	4,12	1,21	0,78
Sleduj polohu novorozence u prsu, poslouchej zvuk polykání a způsob sání/polykání	4,14	1,19	0,78
Podporuj matku k dostatečnému příjmu tekutin k uspokojení pocitu žízně	4,14	1,04	0,78
Doporuč častý odpočinek	4,14	1,12	0,78
Zajisti domů písemný materiál s dostatečnými informacemi	4,11	1,01	0,78
Monitoruj vyprazdňovací reflex	3,98	1,29	0,74

U intervence 5244 - Poradenství při kojení jako nevýznamné označili experti 3 činnosti (Tabulka2). Obě intervence dosáhly průměrného váženého skóre > 0,80.

Tab. 2 Ošetřovatelská intervence - Poradenství při kojení

5244 - PORADENSTVÍ PŘI KOJENÍ			
Definice: Využití interakce k podpoře úspěšného kojení			
Název ošetřovatelské aktivity	Průměr	(σ)	Skóre
Zhodnoť rozpoznání ucpání kanálků mlékem a mastitidu	4,60	0,66	0,90
Přesvědč matku, aby se vyhnula kouření cigaret při kojení	4,57	0,80	0,89
Instruuji o relaxačních technikách, včetně masáže prsu	4,54	0,70	0,89
Předved' dostupné vybavení pomáhající při kojení a další zákroky na prsech, např. odsávačky, teplé zábaly a doplňky ke kojení	4,53	0,61	0,88
Určí vhodnost použití odsávačky	4,49	0,76	0,87
Uved' na pravou míru omyly, nepřesnosti a dezinformace o kojení	4,49	0,76	0,87
Pouč o přiměřené pravidelnosti stolice a močení u dítěte	4,48	0,85	0,87
Zjistí frekvenci krmení ve vztahu k potřebám dítěte	4,43	0,82	0,86
Pouč, jak v případě potřeby obnovit laktaci	4,44	0,96	0,86
Monitoruj integritu kůže bradavek	4,38	0,83	0,85
Zhodnoť, zda matka porozuměla novorozeneckým podnětům ke krmení	4,42	0,78	0,85
Předved' masáž prsou a diskutuj o jejich výhodách na zvýšení zásoby mléka	4,42	0,78	0,85
Předved' a pouč o efektivním sání	4,40	0,78	0,85
Vyhodnoť dostatečné vyprazdňování prsu při kojení	4,38	0,94	0,85
Podporuj při podezřele nízkých zásobách mléka odsávání prsů mezi krmením	4,40	0,86	0,85
Poskytni informace o výhodách kojení	4,37	0,84	0,84
Zjistí, zda si matka přeje a je motivovaná ke kojení	4,37	0,97	0,84
Pouč matku o růstových vlnách dítěte, určete normální vzor kojení dětí	4,36	0,97	0,84
Doporuč vhodnou péči o bradavky	4,32	0,93	0,83
Podporuj matku k nabízení obou prsů při každém krmení	4,33	0,98	0,83
Sleduj schopnost správně zmírnit městnání v prsech	4,27	0,99	0,82
Doporuč rodičům v případě potřeby vzdělávací materiály	4,30	0,99	0,82
Pouč o vedení záznamů o délce a frekvenci kojení	4,27	0,94	0,82
Pouč rodiče o výživě novorozence pro přijímání erudovaných rozhodnutí	4,23	1,01	0,81
Zjistí znalosti o kojení	4,25	1,05	0,81
Odkaž rodiče na příslušné kurzy a podpůrné skupiny pro kojení	4,26	1,24	0,81

Sleduj dovednost matky přiložení dítěte k bradavce	4,19	1,02	0,80
Zhodnoť kvalitu a využití pomůcek ke kojení	4,19	1,03	0,80
Zhodnoť sání/polykání novorozence	4,16	1,12	0,79
Poskytni matce podporu při rozhodování	4,15	1,03	0,79
Pouč rodiče o tom, jak rozlišit vnímaný a skutečný nedostatek mléka	4,05	1,16	0,76

Diskuze

V současné době existuje velmi málo relevantních českých i zahraničních vědeckých důkazů věnující se problematice ošetřovatelských intervencí vztahujících se k neonatologické péči v oblasti kojení.

Nejrozsáhlejší výzkum s implementací klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC zaměřených na rozvoj a podporu efektivního kojení realizovala v roce 2004 Boledovičová.

V poslední části výzkumu metodou kvaziexperimentu autorka použila klasifikační systémy NANDA-I, NIC a NOC. Z výsledků je patrné, že ženy, které absolvovaly prenatální přípravu, ve 3. měsíci po porodu výlučně kojily v 84 % a v kontrolní skupině bez prenatální přípravy kojilo 17 % žen. V rámci další hypotézy autorka potvrdila efektivnější edukaci s použitím klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC. Ve třetí hypotéze ověřila tvrzení, že je potřebná systematická příprava v seznamování se s klasifikačními systémy NANDA-I, NIC a NOC, aby hodnocení procesu kojení, bylo objektivnější (Boledovičová, 2008)

Michalová (2013) zaměřila diplomovou práci na management péče o fyziologického novorozence taktéž s využitím klasifikačních systémů NANDA-I, NIC a NOC. Vybrala prostřednictvím obsahové analýzy 9 ošetřovatelských diagnóz, z publikace Nursing Interventions Classification (NIC) 9 ošetřovatelských intervencí a z publikace Nursing Outcomes Classification (NOC) 5 očekávaných výsledků, vztahujících se k péči o fyziologického novorozence. Z 9 souborů NIC ošetřovatelských intervencí vyplynulo 130 aktivit použitelných v praxi, ve shodě s našimi vybranými intervencemi.

Melničáková (2013) se v diplomové práci také pokusila implementovat klasifikační systémy NANDA-I, NIC a NOC a to do ošetřovatelské péče o nedonošené novorozence v souvislosti s kojením. V uvedené diplomové práci nejde o validaci v souladu s Fehringovými modely, ale přesto je studie prokazuje efektivnost ošetřovatelské dokumentace vycházející z klasifikačních systémů.

Závěr

Z uvedených výsledků našeho šetření je patrné, že vybrané intervence jsou validní pro naše sociokulturní prostředí a pro sestry i porodní asistentky realizující laktační poradenství, jsou srozumitelné. Dohledané podobné studie dokládají efektivitu vhodné ošetřovatelské dokumentace. V českém prostředí do jisté míry přetrvává mezi ošetřovatelskými profesionály názor, že používáním jednotné ošetřovatelské terminologie a klasifikačních systémů, vzroste pouze administrativa. Implementovat jednotný ošetřovatelský jazyk v podobě vybraných komponent z Aliance NNN do běžné praxe neonatologické péče zaměřené na laktační poradenství, bude nadále spočívat, v předkládání důkazů poskytovatelům péče o jejich prospěšnosti pro ně ale hlavně pro matky po porodu v době hospitalizace.

Bibliografické odkazy

BOLEDOVIČOVÁ, M. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. 1. Vyd. Martin: Osveta, 2008.103 s. ISBN 978-80-8063-264-9.

- BULECHEK, G. M., BUTCHER, H. K., DOCHTERMAN, J. M. (ed.). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Luis: Mosby-Year Book, 2012, [608 p] ISBN 978-0-323-10011-3.
- BULECHEK, G. M., BUTCHER, H. K., DOCHTERMAN, J. M., WAGNER, CH. (ed.). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. St. Luis: Mosby-Year Book, 2008, [976 p]. ISBN 978-0-323-05340-2.
- FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROLL-JOHNSON et al. (eds.) *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott. 1994, 55–62. ISBN 0-397-55011-1.
- FEHRING, R. J. Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Heart and Lung: The Journal of Critical Care*. 1987, 16(6), 625-629. ISSN 0147-9563.
- FEHRING, R. J. Validation Diagnostic Labels: Standardized Terminology. In: HURLEY, M. E. (ed.) *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Sixth Conference*. St. Lous: Msby. 1986, 183-190. ISBN 0-801637-66-X.
- MELNIČÁKOVÁ, B. *Management kojení u nedonošených dětí s aplikací klasifikačních systémů NANDA, NIC, NOC*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2013
- MICHALOVÁ, V. *Management ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence s využitím klasifikačních systémů NANDA, NIC a NOC*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2013
- ZELÉNÍKOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., et al. Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz v ČR a SR. *Kontakt*. 2010, 12(4), 407-413. ISSN 1212-4117.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Jana Chrásková
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13
400 01 Ústí nad Labem
jana.chraskova@ujep.cz

RIZIKO PÁDU V PEDIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

RISK OF FALL IN PEDIATRIC NURSING

Jana Chromá

Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika dětského lékařství

Abstrakt

Úvod: Pády v pediatrickém ošetrovatelství jsou fenoménem, jež je považován za nejrizikovější a nejčastější hlášenou mimořádnou událostí. Zdravotnická zařízení hodnotí pády jako významný indikátor kvality poskytované péče.

Cíl: Cílem příspěvku je popsat, analyzovat a porovnat hodnotící nástroje užívané k hodnocení rizika pádu v pediatrickém ošetrovatelství.

Metodika: Pro získání dat byly použity elektronické licencované a volně přístupné databáze (Medline, ProQuest, Google Scholar, Web of Science, Springer, Blackwell, Willey, Science Direct, Cochrane Collaboration). Z analýzy byly vyloučeny měřící nástroje hodnotící riziko pádu v jiném než českém, slovenském nebo anglickém jazyce a škály nevhodné k měření rizika pádu v pediatrickém ošetrovatelství.

Výsledky: Z analýzy zjištěných informací se jako nejvhodnější pro hodnocení rizika pádu v pediatrickém ošetrovatelství jeví měřící nástroj Humpty Dumpty.

Závěr: V dnešní době existuje řada posuzovacích nástrojů, které mohou být použity k hodnocení rizika pádu v pediatrickém ošetrovatelství, ovšem většina jich je interpretována v anglickém jazyce. České pediatrické ošetrovatelství má nadále nedostatek validních nástrojů, u kterých by docházelo k ověřování jejich psychometrických vlastností.

Klíčová slova: riziko pádu, hodnocení, pediatrie, dítě, ošetrovatelství

Abstract

Introduction: Falls in pediatric nursing are a phenomenon which is considered the riskiest and the most frequent emergency incident. Healthcare facilities assesses the falls as an important indicator of quality of care.

Aim: The aim of this article is to describe, analyze and compare the assessment tools used to evaluate risk of falls in pediatric nursing.

Methods: Electronic licensed and freely accessible databases (Medline, ProQuest, Google Scholar, Web of Science, Springer, Blackwell, Willey, Science Direct, Cochrane Collaboration) were used to obtain data. From the analysis were excluded measuring instruments evaluating risk of falls in other than Czech, Slovak or English language and scales inappropriate to measure risk of falls in pediatric nursing.

Results: From the analysis of collected information will the most convenient for assessment risk of fall in pediatric nursing, seems Humpty Dumpty measuring scale.

Conclusion: At present there are many assessment tools that can be used to evaluate the risk of a fall in pediatric nursing, but most of them are interpreted in English languages. Czech pediatric nursing have continues shortage valid measuring tools for which there would be verification of their psychometric properties.

Key words: risk of fall, assessment, pediatrics, child, nursing

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Jana Chromá, Ph.D.

Klinika dětského lékařství FNO

17. listopadu 1790

Ostrava 700 30

janachroma@cenrum.cz

VÝSKUM EFEKTIVITY INTRAVENÓZNEHO APLIKOVANIA VITAMÍNU C Z HĽADISKA OVPLYVNIENIA KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

RESEARCH INTRAVENOUS DRUG EFFICIENCY OF APPLICATION OF VITAMIN C IN TERMS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF CANCER

Elena Janiczeková*, Tatiana Rapčíková*, Veronika Ondrejková, Anna Melichová*****

**Slovenská Zdravotnícka Univerzita v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva*

***Kožná ambulancia, DERMISIMA s. r.o., Banská Bystrica*

**** Stredná zdravotnícka škola, Banská Bystrica*

Abstrakt

Cieľ: Cieľom realizovaného výskumu bolo zistiť, či intravenózne podávanie vysokodávkovaného vitamínu C u pacientov s onkologickým ochorením počas onkologickej liečby ovplyvňuje ich kvalitu života.

Metódy: Na hodnotenie kvality života sme použili medzinárodne validovaný dotazník WHOQOL-BREF, v ktorom 26 položiek hodnotí štyri domény kvality života. Komparovali sme kvalitu života onkologických pacientov, ktorí majú počas liečby aplikovaný vysokodávkovaný infúzny vitamín C s kvalitou života pacientov, ktorým počas liečby vysokodávkovaný infúzny vitamín C nebol aplikovaný. Zistené výsledky sme porovnali s populačnou normou. Vo výskume sme využili štatistické metódy: F - test a Studentov t – test na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Skúmanú problematiku sme overovali v Slovenskej republike vo vybraných ambulanciách.

Výsledky: Zistili sme, že kvalita života pacientov s aplikovaným vysokodávkovaným infúznym vitamínom C je hodnotená vyššie vo všetkých štyroch doménach v porovnaní s kvalitou života pacientov, ktorým vysokodávkovaný infúzny vitamín C aplikovaný nebol. Kvalita života onkologických pacientov s aplikovaným intravenóznym vitamínom C je porovnateľná s populačnou normou WHOQOL-BREF, v doméne 4 - prostredie ju dokonca presiahla.

Záver: Aplikovaný intravenóznym vitamín C má pozitívny vplyv na kvalitu života onkologických pacientov v každej skúmanej doméne.

KLúčové slová: kvalita života, onkologický pacient, vitamín C, WHOQOL-BREF.

Abstract

Aim: The aim of the survey was implemented to determine whether intravenous administration of high dose vitamin C in patients with cancer during the oncological treatment affects their quality of life.

Methods: To evaluate the quality of life we used internationally validated questionnaire WHOQOL-BREF in which the 26 items assessed four domains of quality of life. We compared the quality of life of cancer patients who are administered during treatment with Vitamin C High dose infusion to the quality of life of patients. High dose infusion Vitamin C for not receiving treatment. The results were compared with population norm. In the research we used statistical methods: F-test and Student's t-test, significance level $\alpha = 0.05$. Examined the issue was verified in the Slovak Republic in selected clinic.

Results: We found out that the quality of life of patients in group A with the applied vitamin C scored better in all four domains, as compared to the quality of life of patients in group B, vitamin C High dose which did not use. The quality of life of cancer patients injected with intravenous vitamin C is comparable to the population norm WHOQOL-BREF in the domain 4-environment it even exceeded.

Conclusion: Applied intravenous vitamin C has a positive impact on the quality of life of cancer patients surveyed in each domain.

Key words: quality of life, cancer patient, vitamin C, WHOQOL-BREF.

Úvod

Niektorí odborníci charakterizujú podávanie vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C ako „zabudnutý poklad vo farmakoterapii“. O tomto spôsobe liečby sa vie už 50 rokov. Pôvodné závery boli však negatívne, avšak nové štúdie a pozitívne odborné argumenty jasne ukazujú, že podávanie vitamínu C pacientom s rakovinou výrazne zlepšuje ich kvalitu života. Napriek novým zisteniam sú názory odborníkov na použitie danej liečby stále nejednotné. Vitamín C svojim účinkom dokáže nasmerovať nádorové bunky k apoptóze a zároveň chrániť bunky zdravé. Tento dvojaký účinok vysvetľujú odborníci tým, že vitamín C ako antioxidant, ktorý sa podáva vysokodávkovanými infúziami, chráni zdravé bunky pred oxidatívnym stresom a v blízkosti nádorových buniek má prooxidatívny účinok prostredníctvom tvorby vodíka (Kotlářová, 2014, s. 143; Cullen, 2013, s. 495).

Pri vysokom dávkovaní vitamínu C od 0,1 - 0,6 g/kg telesnej hmotnosti sa prejavuje jeho antioxidantný, imunomodulačný, protizápalový a selektívne cytostatický účinok voči nádorovým bunkám. V dávkach od 0,75 - 1,75 g/kg telesnej hmotnosti vykazuje vitamín C selektívne cytotoxický účinok voči nádorovým bunkám (Točíková, 2013, s. 37).

Podľa European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) vitamín C chráni bunky pred oxidatívnym stresom, ktorý sa podieľa na vzniku onkologických ochorení a pacienti s onkologickým ochorením majú zvýšenú spotrebu vitamínu C (Cullen, 2013, s. 496).

Infúzny vitamín C sa aplikuje formou krátkodobej vnútrožilovej infúzie, aplikuje ho lekár alebo sestra. Infúzna terapia vitamínom C je registrovaná Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv a viaže sa na lekársky predpis. Súčasný výskum s vitamínom C sa zameriava na jeho antiangiogénny inhibujúci efekt, ktorý je v inverznej korelácii medzi podanou dávkou vitamínu C a migráciou nádorových buniek (Mikirová, 2012, s. 192). Vysokodávkovaný infúzny vitamín C je od októbra 2012 dostupný pre pacientov v Slovenskej a aj v Českej republike. Vďaka pokroku, ktorý priniesol do liečby onkologických ochorení, vyvoláva rastúci záujem nielen vo svete, ale i v Českej a Slovenskej republike (Kotlářová, 2014, s. 12). Ako sme už uviedli, podávanie vysokodávkovaného vitamínu C výrazne zasahuje do kvality života onkologických pacientov.

Jednoznačne definovať kvalitu života je náročné, pretože definícia vychádza z podmienok, v ktorých jedinec žije, je ovplyvnená socioekonomickými faktormi, zdravotným stavom a mnohými ďalšími premennými (Olišiarová, 2013, s. 15). Gurková (2011, s. 22) chápe kvalitu života ako popis pozitívnych i negatívnych aspektov života - či je, alebo nie je náš život kvalitný a porovnáva ho so žiaducou očakávanou úrovňou existencie, resp. so životom druhých ľudí. Podľa Babinčáka (2013, s. 358) celosvetovo pozorujeme evidentný záujem výskumníkov o problematiku kvality života a jej meranie sa stalo dôležitým aspektom pri hodnotení výstupov zdravotnej starostlivosti či efektivity liečby z perspektívy pacienta. Svedčia o tom mnohé analýzy a odporúčania pre zlepšenie kvality života vo svetových databázach ProQuest Central, EBSCO, Scopus, Knovel, atď. Vzhľadom k celosvetovému nárastu onkologických ochorení je potrebné hodnotiť kvalitu života, pretože aj tieto analýzy umožňujú plánovať zdravotníkom starostlivosť tak, aby bola pre pacienta maximálne prospešná.

Cieľ

Cieľom výskumu bolo zistiť, či intravenózne podávanie vitamínu C u onkologických pacientov počas liečby ovplyvňuje ich kvalitu života.

Pri formulovaní výskumného problému sme stanovili hypotézy, ktoré sme štatisticky overovali:

H1 Predpokladáme, že kvalita života onkologických pacientov, ktorí majú okrem štandardnej onkologickej liečby aplikovaný vysokodávkovaný infúzny vitamín C je vyššia ako kvalita života onkologických pacientov, ktorí sú na štandardnej onkologickej liečbe bez aplikovaného vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C.

H2 Predpokladáme, že kvalita života onkologických pacientov, ktorí majú okrem štandardnej onkologickej liečby aplikovaný vysokodávkovaný infúzny vitamín C sa líši od kvality života bežnej populácie.

Súbor a metodika

Výskumný súbor sme rozdelili do dvoch výberových súborov A a B. Kritériá pre zaradenie pacientov do **súboru A**: onkologická diagnóza, štandardná onkologická terapia v ambulancii a aplikácia vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C. Kritériá pre zaradenie pacientov do **súboru B**: onkologická diagnóza a štandardná onkologická terapia v ambulancii. Výskum sme realizovali v Slovenskej republike v nasledovných ambulanciách: Algeziologickej ambulancii Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici, Ambulancii praktického lekára DonumVitae, s. r. o. v Banskej Bystrici, Onkologickej ambulancii LC-ONCOMED, s. r. o. v Lučenci, Kožnej ambulancii Dermatovenerologickej kliniky SZU vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici, Ambulancii bolesti AMBOMED, s. r. o. v Rimavskej Sobote, Ambulancii praktického lekára MEDIVIA, s. r. o. v Trnave, Dermatovenerologickej ambulancii Dermisima, s. r. o. v Banskej Bystrici a Onkologickej ambulancii Mamma-centrum sv. Agáty v Banskej Bystrici.

Súbor A - 38 pacientov (19 žien a 19 mužov) vzhľadom na špecifické kritérium, ktorým bola terapia vysokodávkovaným vitamínom C v infúziách (jedna dávka stojí v prepočte 25 Eur a hradí si ju pacient sám). Priemerný vek - 51,45 roka (modus 64, medián 53, min. 24 a max. 72 rokov). Zamestnanie: najviac - 65 % bolo zamestnaných pacientov, dôchodcov bolo 28,95 %, rovnako po 2,63 % bolo nezamestnaných pacientov a študentov. Onkologické diagnózy, na ktoré sa pacienti v súbore ambulantne liečili: karcinóm prsníka 26,32 %, melanóm 15,79 % a karcinóm prostaty 13,16 %. Rovnaké zastúpenie - 5,26 % mali diagnózy: karcinóm pľúc, Grawitzov tumor obličky, karcinóm rekta, karcinóm pankreasu a karcinóm hrubého čreva.

Súbor B - 84 pacientov (50 žien a 34 mužov). Priemerný vek - 57,4 roka (modus 66, medián 60, min. 24, max. 84 rokov). Zamestnanie: najviac - 57,14 % bolo dôchodcov, 32,14 % zamestnaných pacientov, 9,52 % bolo nezamestnaných a 1,19 % tvorili študenti. Onkologické diagnózy, na ktoré sa pacienti v súbore liečili: karcinóm prsníka 26,10 %, karcinóm prostaty 9,52 %, rovnako - po 4,76 % karcinóm rekta, karcinóm vaječníkov a karcinóm žalúdka, po 3,57 % mali zastúpenie: karcinóm hltana, karcinóm jazyka a karcinóm hrubého čreva.

Keďže pacienti sú liečení ambulantne a sú aktívne zaradení do života, použili sme kvantitatívnu výskumnú metódu - dotazník WHOQOL-BREF. Použili sme jeho skrátenú verziu, ktorá obsahuje 26 otázok, je nenáročná na vyplnenie a je vhodná i pre pacientov liečených ambulantne. Dotazník skúma 4 domény života: dom 1 - fyzické zdravie (bolesť a nepríjemné pocity, závislosť od lekárskej starostlivosti, energiu a únavu, pohyblivosť, spánok, každodenné činnosti, pracovnú výkonnosť); dom 2 - prežívanie (potešenie zo života, zmysel života, schopnosť sústrediť sa, prijatie telesného vzhľadu, spokojnosť so sebou, negatívne pocity); dom 3 - sociálne vzťahy (osobné vzťahy, sexuálny život, podporu zo strany priateľov); dom 4 - prostredie (osobné bezpečie, životné prostredie, finančnú situáciu, prístup k informáciám, záľuby, prostredie v okolí bydliska, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, dopravu) a dve samostatné položky Q 1 - kvalitu života a Q 2 - spokojnosť so zdravím. Zber dát sme uskutočnili od decembra 2014 do mája 2015. Na verifikáciu hypotéz sme využili: F-test a Studentov t-test na hladine významnosti $\alpha = 0,05$.

Výsledky

Overovaním **hypotézy 1** sme zistili v **dom 1 - fyzické zdravie** štatisticky významný rozdiel v hodnotení kvality fyzického zdravia medzi súborom A a B. Pacienti s aplikovaným vysokodávkovaným infúznym vitamínom C hodnotili kvalitu fyzického zdravia vyššie v porovnaní s pacientmi bez aplikácie vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C ($p = 0,0017$) (tab.1). V **dom 2 – prežívanie** sme nezistili štatisticky významný rozdiel medzi súborom A a súborom B. Obidva súbory hodnotia kvalitu fyzického zdravia nižšie ($p = 0,2704$) (tab. 1). V **dom 3 - sociálne vzťahy** sme zistili signifikantný rozdiel medzi súborom A a súborom B. Pacienti s aplikovaným vysokodávkovaným infúznym vitamínom C hodnotili kvalitu sociálnych vzťahov vyššie ako pacienti bez aplikovaného vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C ($p = 0,0110 < 0,05$) (tab.1).

V **dom 4 - prostredie** sme zistili štatisticky významný rozdiel medzi súborom pacientov s aplikovaným vysokodávkovaným infúznym vitamínom C a súborom pacientov bez aplikovaného vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C v prospech súboru A ($p = 0,0055$) (tab. 1). V samostatne hodnotenej otázke **Q 1 - kvalita života** sme nezistili štatisticky významný rozdiel v jej hodnotení medzi súborom A a súborom B ($p = 0,1089$) (tab.1). V otázke **Q 2 - fyzické zdravie** sme zistili signifikantný rozdiel medzi súborom A a súborom B ($p = 0,0158$) (tab. 1). Pacienti v súbore A hodnotia spokojnosť so svojim zdravím vyššie ako pacienti v súbore B.

Tab. 1 Rozdiely priemerov súborov v jednotlivých doménach a signifikancia

Domény	Súbor A - s vitamínom C priemer \pm SD	Súbor B - bez vitamínu C priemer \pm SD	t – test ($\alpha = 0,05$) P	signifikancia áno/nie
Dom 1	14,33 \pm 2,17	12,90 \pm 2,55	0,0017	áno
Dom 2	13,58 \pm 2,20	13,10 \pm 2,25	0,2704	nie
Dom 3	14,56 \pm 3,14	13,14 \pm 3,12	0,0110	áno
Dom 4	13,66 \pm 1,94	12,61 \pm 2,13	0,0055	áno
Q1	3,43 \pm 0,80	3,23 \pm 0,96	0,1089	nie
Q2	3,13 \pm 0,81	2,77 \pm 0,86	0,0158	áno

Hypotézou 2 sme overovali, či kvalita života onkologických pacientov, ktorí majú okrem štandardnej onkologickej liečby aplikovaný vysokodávkovaný infúzny vitamín C je rovnaká ako kvalita života bežnej populácie. Štatistickým skúmaním sme nepotvrdili platnosť hypotézy 2 v dom 1, dom 2 a v samostatných otázkach Q1, Q2 a potvrdili sme jej platnosť v doméne 3 a doméne 4. V **dom 1 - fyzické zdravie** sme zistili, že súbor B - pacienti bez aplikovaného vysokodávkovaného vitamínu C hodnotili kvalitu svojho fyzického zdravia ako veľmi zníženú s priemerným skóre - 12,90 v porovnaní so súborom A – pacientmi, ktorým bol aplikovaný vysokodávkovaný infúzny vitamín C s dosiahnutým priemerným skóre - 14,33. V porovnaní s populačnou normou WHOQOL-BREF podľa Dragomireckej (2006, s. 42), ktorá uvádza priemerné skóre pre danú doménu - 15,49, je skóre pacientov súboru A mierne znížené. Hodnoty priemerného skóre v obidvoch súborov sa štatisticky významne líšia od hodnoty populačnej normy (tab. 2). V **dom 2 - prežívanie** sme zistili minimálne rozdiely v kvalite prežívania medzi súborom A s priemerným skóre - 13,58 a súborom B s nameraným skóre - 13,10. Hodnoty priemerného skóre v obidvoch súborov sa štatisticky významne líšia od hodnoty populačnej normy, podľa Dragomireckej (2006, s. 42), ktorá uvádza pre danú doménu normu 14,80 čo je vyššie skóre v porovnaní s našimi súbormi A a B (tab. 2). V **dom 3 - sociálne vzťahy** sme zistili, že pacienti v súbore A hodnotia kvalitu sociálnych vzťahov vyššie priemerným skóre - 14,56 ako pacienti v súbore B s priemerným skóre - 13,14. V porovnaní

s populačnou normou WHOQOL-BREF podľa Dragomireckej (2006, s. 42) pre danú doménu je skóre - 14,93. Kvalita života v dom 3 - sociálne vzťahy sa v súbore A štatisticky významne nelíši od populačnej normy a v súbore B sa kvalita života štatisticky významne líši od hodnoty populačnej normy (tab. 2). V **dom 4 - prostredie** vyšším skóre - 13,66 hodnotili kvalitu života pacienti v súbore A s aplikovaným vysokodávkovaným infúznym vitamínom C v porovnaní s pacientmi so súboru B bez aplikovaného vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C, ktorí hodnotili kvalitu života v dom 4 - prostredie nižším skóre - 12,61. V porovnaní s populačnou normou WHOQOL-BREF podľa Dragomireckej (2006, s. 42) pre danú doménu uvádza skóre - 13,41, je kvalita života v súbore A hodnotená vyššie ako stanovená norma. V súbore B je hodnota priemerného skóre v dom 4 štatisticky významne nižšia ako je hodnota populačnej normy. V otázke **Q 1 - kvalita života** pacienti v súbore A dosiahli vyššie skóre - 3,43 v porovnaní s pacientmi v súbore B s nižším skóre - 3,23. Dragomirecká (2006, s. 42) uvádza priemerné skóre - 3,82. V otázke **Q 2 - fyzické zdravie** sme zistili, že pacienti súboru A, ktorí majú aplikovaný vysokodávkovaný vitamín C, hodnotia spokojnosť so svojim zdravím vyšším skóre - 3,13 oproti pacientom súboru B, ktorým vysokodávkovaný vitamín C nebol aplikovaný - priemerné skóre - 2,77. Dragomirecká (2006, s. 42) uvádza priemerné skóre - 3,68. Pacienti v oboch otázkach hodnotili kvalitu života nižšie ako je uvádzaná kvalita života bežnej populácie (tab. 2).

Tab. 2 Porovnanie priemerných hodnôt a signifikancie súborov v jednotlivých doménach s populačnou normou

Domény	Súbor A - s vitamínom C		Súbor B - bez vitamínu C		populačná norma ± SD	signifikancia áno/nie
	priemer ±	p	priemer ±	p		
Dom 1	14,33 ± 2,17	0,0011	12,90 ± 2,55	<0,001	15,49±2,56	áno
Dom 2	13,58 ± 2,20	0,0008	13,10 ± 2,25	<0,001	14,80±2,34	áno
Dom 3	14,56 ± 3,14	0,2367	13,14 ± 3,12	<0,001	14,93±2,74	nie
Dom 4	13,66 ± 1,94	0,2182	12,61 ± 2,13	0,0005	13,41±2,07	nie
Q1	3,43 ± 0,80	0,0032	3,23 ± 0,96	<0,001	3,82 ± 0,72	nie
Q2	3,13 ± 0,81	<0,001	2,77 ± 0,86	<0,001	3,68 ± 0,85	nie

Diskusia

Pozitívnejšie výsledky v kvalite života podľa dotazníka WHOQOL-BREF sme zistili u pacientov v súbore A s aplikovaným vysokodávkovým infúznym vitamínom C v porovnaní s nižšou kvalitou života u pacientov v súbore B bez aplikovaného vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C v dom1 - fyzické zdravie, dom 3 - sociálne vzťahy, dom 4 - prostredie a Q 2 - kvalita života.

Sadovská (2012) porovnávala kvalitu života onkologických pacientov u pacientov hospitalizovaných na akútnom oddelení paliatívnej starostlivosti. Do súboru boli zaradení pacienti, ktorí mali menej ako 65 rokov. Zistila, že priemerná globálna kvalita života (Q1) pacientov v paliatívnej starostlivosti je 3,34, t. j. nižšia v porovnaní s naším súborom A – pacienti, ktorí mali aplikovaný vysokodávkovaný vitamín C, kde skóre bolo 3,43. V porovnaní so súborom B - pacienti bez aplikácie vitamínu C s priemerným skóre - 3,23 je porovnávané skóre pacientov v paliatívnej starostlivosti vyššie. Hodnoty celkovej spokojnosti so zdravím (Q2) sú u pacientov v paliatívnej starostlivosti výrazne znížené - 2,59 v porovnaní s pacientmi súboru A – skóre – 3,13 a sú porovnateľné so súborom B - skóre - 2,77.

Do úvah o kvalite života onkologických pacientov s aplikovaným vysokodávkovaným vitamínom C i pacientov bez jeho aplikácie je potrebné zahrnúť:

Vek pacientov v súbore A, ktorí vykazovali vyššiu kvalitu života - priemerný vek bol 51,45 rokov. V súbore B, kde hodnoty kvality života boli nižšie, bol priemerný vek 57,40 rokov. Onkologickí pacienti so zvyšujúcim sa vekom môžu vykazovať potenciálne viac zdravotných problémov vo fyzickom zdraví (dom 1), prežívaní (dom 2), v oblasti sociálnych vzťahov (dom 3) a prostredí (dom 4). Vasiľková (2015, s. 158) vo svojej práci uvádza, že významnými faktormi ovplyvňujúcimi kvalitu života pacientov po onkologickej terapii sú vek, pohlavie, zamestnanie, rodinný stav, sexuálna orientácia, sociálna opora a štruktúra osobnosti. Morovicsová a Kalmancaiová (2013, s. 11) posudzovali kvalitu života v psychickej dimenzii u pacientov s rakovinou prostaty z hľadiska ich veku a rovnako, ako v nami realizovanom výskume, potvrdili vyššie zastúpenie psychických problémov u pacientov vo vekovej kategórii od 71 - 90 rokov, kde pacienti najčastejšie uvádzali prežívanie bolesti, zmeny v sebakoncepcii a oslabenie sebadôvery.

Zamestnanie pacientov môže do istej miery ovplyvniť hodnotenie kvality života. V súbore pacientov s aplikovaným vysokodávkovaným vitamínom C bolo viac pacientov v pracovnom procese - 65 % a 28,95 % bolo dôchodcov. V súbore pacientov bez aplikovaného vysokodávkovaného vitamínu C bolo viac dôchodcov - 57,14 % a len 32,14 % bolo zamestnaných, ktorí hodnotili kvalitu života nižšie. Zamestnanie do istej miery ovplyvňuje kvalitu života z dvoch aspektov: prvý - zamestnaní pacienti sa v práci nezaoberajú svojím ochorením, často si ho neprípúšťajú a žijú plnohodnotným životom; druhý - pacienti, ktorí sú nezamestnaní a na dôchodku si nemôžu dovoliť zakúpiť vysokodávkovaný vitamín C, ktorého pozitívne účinky pri liečbe onkologických ochorení sme uviedli v úvode a náklady na jeho predpísanie a aplikáciu si zatiaľ hradí pacient sám.

Aj **prostredie**, v ktorom sa onkologická liečba realizuje aplikáciou vysokodávkovaného vitamínu C, môže výrazne ovplyvniť kvalitu života. V našom výskume boli pacienti liečení v prostredí ambulancií, kde môžeme predpokladať menej komplikácií a nežiaducich účinkov onkologickej terapie v porovnaní s pacientmi, ktorí z dôvodu komplikácií či ťažšieho priebehu ochorenia majú liečbu realizovanú v prostredí onkologického oddelenia, čo sa môže výrazne podieľať na ich kvalite života. V zisteniach Sadovskej (2012, s. 65), onkologickí pacienti, a to i napriek tomu, že boli hospitalizovaní na akútnom oddelení paliatívnej starostlivosti, veľmi pozitívne hodnotili kvalitu života v dom 4 - prostredie so skóre - 15,09 v porovnaní so súborom A - 13,66 a súborom B - 12,61 verzus populačná norma podľa Dragomerickej (2006, s. 42) - 13,41. Aj autorky Morovicsová a Kalmancaiová (2013, s. 10) v realizovanom výskume zameranom na hodnotenie kvality spánku, príjmu potravy, vyprázdňovania a úrovně sebestačnosti pacientov s rakovinou prostaty pri jej porovnávaní z hľadiska typu poskytovanej zdravotnej starostlivosti/prostredia a liečby zistili vyšší výskyt problémov u pacientov v nemocničnej starostlivosti. Z jednotlivých telesných problémov znižujúcich kvalitu života, hospitalizovaní pacienti uvádzali v 94,29 % problémy so spánkom, v 64,71 % únavu, v 53,33 % prítomnosť problémov vo vyprázdňovaní. Pacienti v ambulantnej starostlivosti uvádzali v 60 % problémy s kvalitou spánku, v 35,29 % únavu a v 46,66 % problémy vo vyprázdňovaní.

Aplikácia vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C, ako ukázali výsledky výskumu, pozitívne ovplyvnila kvalitu života onkologických pacientov podľa WHOQOL-BREF liečených ambulantne v troch doménach, okrem dom 2 - prežívanie a Q 1 - kvalita života.

K podobným záverom dospela aj štúdia realizovaná Yeom et al. (2007), ktorá zisťovala kvalitu života u 39 pacientov s nádorovým ochorením v terminálnej fáze po podávaní intravenózneho vitamínu C v dávke 10 g dvakrát denne v trojdenných intervaloch a perorálne 4 g vitamínu C denne počas 1 týždňa. Výsledky štúdie na škále celkového zdravia / kvality života ukázali signifikantné zlepšenie, na škále funkčnosti sa zlepšilo skóre pre fyzické, emocionálne a kognitívne funkcie, na škále príznakov pacienti uvádzali výrazné zníženie skóre pre únavu, nevoľnosť, vracanie, bolesť a stratu chuti do jedenia. Aplikovanie intravenózneho vitamínu C zlepšilo kvalitu života onkologickým pacientom v terminálnom štádiu ochorenia.

Ďalšia štúdia, ktorá hodnotila zlepšenie kvality života po aplikovaní vitamínu C, bola realizovaná Takahashim (2012). Do štúdie bolo zaradených 60 pacientov s rôznymi onkologickými ochoreniami, ktorým sa podával intravenózne vysokodávkovaný vitamín C dvakrát týždenne ako adjuvantná terapia (dávka sa riadila cieľovou plazmatickou koncentráciou v rozpätí 350 - 400 mg l⁻¹). Pomocou dotazníka EORTC-QLQ C 30 sa hodnotila kvalita života na začiatku štúdie a po dvoch až štyroch týždňoch liečby. Výsledky ukázali, že ukazovatele globálneho zdravia a kvality života sa v priemere signifikantne zlepšili po dvoch a ešte výraznejšie sa zlepšili po štyroch týždňoch liečby. Významné zlepšenie nastalo vo fyzických, emocionálnych, kognitívnych a sociálnych funkciách. Autori uzatvárajú štúdiu konštatovaním, že intravenózne vitamín C nielenže zlepšuje kvalitu života onkologických pacientov, ale je pre nich z hľadiska liečby bezpečný. Jakobs et al. (2015, s. 201) vo svojej štúdii vyhodnocovali protinádorové účinky a toxicitu liečby askorbátom (vitamínom C). Pracovali so 696 záznamami v centrálnom registri Cochrane obsahujúcimi pozorovacie štúdie a kazuistiky pacientov liečených vysokodávkovaným askorbátom. Zistili, že neexistujú žiadne vysoko kvalitné dôkazy naznačujúce, že aplikovaný askorbát u pacientov s rakovinou zvyšuje protinádorové účinky chemoterapie alebo znižuje jej toxicitu. Z hľadiska značných finančných a časových nákladov sú pre pacientov potrebné vysoko kvalitné placebo kontrolované štúdie. Ma et al. (2014) v randomizovanej štúdii 27 pacientiek s novodiagnostikovanou rakovinou vaječníkov v III./IV. štádiu choroby porovnávali dve skupiny pacientiek – skupinu s terapiou samotného ochorenia a skupinu s terapiou v kombinácii s aplikovaným vysokodávkovaným vitamínom C. Autori zistili zníženú toxicitu chemoterapie v skupine pacientiek s pridaným vysokodávkovaným vitamínom C.

Vollbracht et al. (2011) v epidemiologickej retrospektívnej štúdii hodnotili podávanie vysokodávkovaného intravenózneho vitamínu C v prvom pooperačnom období u žien s rakovinou prsníka. Zistili, že vitamín C má za následok významné zníženie ťažkostí vyvolaných ochorením, chemoterapiou a rádioterapiou i to, že vitamín C je pacientkami dobre tolerovaný.

Záver

Z výsledkov výskumu vyplynulo, že aplikácia vysokodávkovaného infúzneho vitamínu C významne zasahuje do kvality života pacientov s onkologickým ochorením v ambulantnej starostlivosti. Výsledky výskumu poukazujú na vyššiu kvalitu života pacientov s aplikovaným vysokodávkovaným vitamínom C vo všetkých sledovaných doménach. Kvalita života pacientov s aplikovaným vysokodávkovaným vitamínom C je porovnateľná s populačnou normou v dom 3 a v dom 4 populačnú normu presiahla. Pri hodnotení kvality života onkologických pacientov majúcih okrem štandardnej liečby aplikovaný vysokodávkovaný vitamín C, je potrebné sledovať ich vek, zamestnanie i prostredie, v ktorom sa liečba realizuje, pretože dané činitele sa môžu výrazne podieľať na ovplyvnení kvality života.

Bibliografické odkazy

- BABINČÁK, P. Meranie kvality života: Analýza prehľadových štúdií vo vybraných databázach. *Československá psychologie*. 2013;57(4):58-37.
- CULLEN, J. et al. Využití intravenózního vitamínu C u onkologického pacienta. *Farmakoterapie*. 2013;9(5):494–500.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- JACOBS, C. et al. Is there a role for oral or intravenous ascorbate (vitamin C) in treating patients with cancer? A systematic review. *Oncologist*, 2015;20(2):210-223.

KOTLÁŘOVÁ, L. Vitamín C - Odborníci z rôznych kontinentov sa zhodujú v jeho onkologickom potenciáli. *Medikom: časopis Slovenskej lekárskej komory*. 2014;4(1):12-14.

MA, Y. et. al High-dose parenteral ascorbate enhanced chemosensitivity of ovarian cancer and reduced toxicity of chemotherapy. *Sci transl Med*. 2014;6(2):222-228.

MIKIROVÁ, N. et al. Effect of high-dose intravenous vitamin C on Inflammation in cancer patients. *Jurnal Transl Med*. 2012;11(10):189-199.

MOROVICSOVÁ, E., KALMANCAIOVÁ, J. Kvalita života u pacientov s karcinómom prostaty. *Psychiatria – Psychoterapia - Psychosomatika*. 2013;20(2):6-12.

OLIŠAROVÁ, V., DOLÁK, F., TÓTHOVÁ, V. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*. 2013;15(1):14-21.

SADOVSKÁ, M. Hodnotenie kvality života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2012;5(2):62-66.

TAKAHASHI, H., MIZUNO, H., YANAGISAWA, A. High-dose intravenous vitamin C improves quality of life in cancer patients. *Personalized Medicine Universe*. 2012; 2(1):49-53.

TOČÍKOVÁ, E. Nové skúsenosti s infúznou terapiou vysokodávkovaného vitamínu C na Slovensku. *Medicon: časopis Slovenskej lekárskej komory*. 2013;3(1):37-38.

VASILKOVÁ, L. Kvalita života pacientov po onkologickej liečbe. *Onkológia*. 2015;10(3):157-160.

VOLLBRACHT, C. et al. Intravenous vitamin C administration improves quality of life in breast cancer patients during chemo-/radiotherapy and aftercare: results of a retrospective, multicentre, epidemiological cohort study in Germany. *Vivo*. 2011;25(6):983-990.

YEOM, CH., JUNG, GC., SONG, KJ. Changes of terminal cancer patients' health-related quality of life after high dose vitamin C administration. *Journal of Korean medical science*. 2007;22(1):7-11.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

Slovenská republika

elena.janiczekova@szu.sk

VÝSLEDKY PILOTNÍ IMPLEMENTACE KLINICKÉHO DOPORUČENÉHO POSTUPU PREVENCE PÁDŮ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

OUTCOMES OF PILOT IMPLEMENTATION OF A CLINICAL GUIDELINE FOR FALLS PREVENTION IN HOSPITALIZED PATIENTS

Darja Jarošová*, Renáta Zeleníková*, Radka Kozáková*, Kamila Majkusová*, Radim Líčeník*, Milan Stolička**

**Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence*

***Fakultní nemocnice Ostrava, Léčebna dlouhodobě nemocných Klokočov*

Abstrakt

Cíl: Cílem příspěvku je prezentovat výsledky pilotní implementace adaptovaného KDP prevence pádů hospitalizovaných pacientů.

Metody: Pilotní implementace KDP probíhala na 10 lůžkových jednotkách akutní a dlouhodobé péče dvou ostravských nemocnic (2014-2015). U všech hospitalizovaných pacientů (n = 4264) bylo hodnoceno riziko pádů při přijetí a při propuštění. Při pádu byl zpracován záznam pádu zahrnující hodnocení pacienta před a po pádu. Současně byly sbírány základní demografické a klinické údaje pacientů. Data byla vyhodnocována statistickým softwarem STATA (Chi² test, Wilcoxon test, Mann-Whitney test) na 5% hladině významnosti.

Výsledky: Byly potvrzeny signifikantní rozdíly v průměrném skóre hodnocení rizika pádů mezi zařízeními akutní a dlouhodobé péče a mezi hodnocením při příjmu a při propuštění pacientů. Celkem bylo zaznamenáno 490 pádů se souvislostí s vybranými faktory pacientů (vyšší věk, vyšší počet užívaných léků, užívání rizikových léků, předchozí pády v anamnéze, používání pomůcek, snížená mobilita a soběstačnost, psychický stav pacienta). K pádům docházelo nejčastěji při vstávání a přesunech z lůžka a při nestabilní chůzi. Česká verze stupnice pádu Morse (MFS-CZ) spolehlivě predikovala budoucí pád u pacientů, nástroj vykazoval vysokou senzitivitu a nízkou specifitu.

Závěry: Výsledky pilotní implementace prokázaly, že adaptovaný klinický doporučený postup (včetně hodnotícího nástroje Morse) je využitelný v klinické ošetrovatelské praxi.

Klíčová slova: prevence pádu, adaptovaný klinický doporučený postup, pilotní implementace, hodnocení rizika pádu.

Abstract

Aim: Presented are results of pilot implementation of an adapted clinical practice guideline (CPG) for preventing falls in hospitalized patients.

Methods: The CPG was implemented in 10 inpatient departments providing acute and long-term care in two hospitals in Ostrava, Czech Republic (2014-2015). In all inpatients (n = 4264), the risk of falls was assessed on admission and at discharge. Following a fall, a fall record was compiled that included assessments of the patient prior to and after the fall. At the same time, basic demographic and clinical data of patients were collected. The data were processed with the Stata software (chi-square test, Wilcoxon test, Mann-Whitney test) at a 5% level of significance.

Results: There were significant differences in the mean scores of fall risk assessment between acute and long-term care facilities and between assessments on admission and at discharge of patients. A total of 490 falls were recorded in relationship with selected patient factors (older age, polypharmacy, use of high-risk medications, history of previous falls, use of aids, decreased mobility and independence, and mental status). Most frequently, falls occurred upon getting out of bed, transfers from a bed and unstable gait. A Czech version of the Morse Falls Scale was reliable in predicting future falls in patients; the tool showed high sensitivity and low specificity.

Conclusions: The results of the pilot implementation confirmed that the adapted CPG (including the Morse assessment tool) is suitable for use in clinical nursing practice.

Key words: fall prevention, adapted clinical practice guideline, pilot implementation, fall risk assessment.

Kontaktní adresa autora:

Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

UOM LF OU

Syllabova 19

Ostrava 703 00

darja.jarosova@osu.cz

THE QUALITY OF LIFE PATIENCE WITH STOMA

Sanja Juretić*, Sandra Bošković, Daniela Malnar****

**Medical center Rijeka, Clinic for surgery*

***University of Rijeka, Faculty of Health Studies, Department for health care*

Abstract

Aim: The aim of this work is to investigate the difference in quality of life before and after surgery and define facts which have influence on quality of life of patients with stoma.

Methods: In this study was enrolled 100 participants who were either patients of Department of digestive kirurgije at the University Hospital Center Rijeka or members of Stoma association Primorsko-granske županije. Participants were included if they had stoma one year or longer. A cross-sectional study was conducted with convenience sample of stoma patients.

Results: The results of survey show that patients were more active before surgery and creation of stoma. Furthermore, they show that family give the most support to patients after releasing from hospital, while they get a little support from medical personnel. According to the results which show that patients who ask for help and participate in education are more active after surgery than patients who don't, we can conclude how important help and support of professional staff are.

Conclusion: Study results indicate the need for organizing specializations for stoma therapists and to organize other forms of training for health professionals to provide adequate care, assistance and to educate people with stoma and their families.

Key words: stoma of digestive system, quality of life, support, education.

Introduction

Nowadays, colorectal cancer is a public health problem with a growing tendency in the world and also in Croatia. The number of patients and deaths caused by colorectal cancer is increasing. Every year there are about 950.000 new colorectal cancer patients in the world. According to *Resolution on cancer prevention and control (WHA58.22)* and recommendations of the Council of Europe, since December 2003 (Kutnjak Kiš 2010) screening program of the target group of people at the age of 50 to 75 with the usual risk for development of colorectal cancer has been launched, with the goal to reduce the disease incidence for 15%. The number of colorectal cancer patients is constantly decreasing in the EU and the USA as a result of screening and diagnosis in the early stage of disease and improvement of treatment. Colorectal cancer is the second most common cancer diagnosed and the second leading cause of cancer-related deaths in Croatia. According to the last report of Cancer Registry from 2012 (new data isn't available), among diagnosed cancer cases, there are 15 % of men and 13% of women with diagnosed colorectal cancer. The number of deaths caused by colorectal cancer is constantly increasing, as well. Data on the number of deaths in period between 2000 and 2010 showed the increasing number of deaths in men from 841 cases in 2000 to 1139 cases in 2010. There were 668 cases of death in females in 2000, while there were 792 cases in 2010 (Croatian institute of public health, Croatian National Cancer Registry, Cancer incidence in Croatia 2012). As a result of the increasing number of colon cancer cases, the number of people with a stoma increases too. According to Registry, there are 5000 patients with a stoma in Croatia. (Croatian institute of public health, Croatian National Cancer Registry, Cancer incidence in Croatia 2012) The program for early detection of colorectal cancer was launched in Croatia in October 2007, in accordance with guidelines of National strategy of health development 2006-2011, *Resolution on cancer prevention and control (WHA58.22)* and recommendations of the Council of Europe since December 2003. (Ministry of health and social welfare, Plan and the program of health care measures from mandatory health insurance 2006.) Introducing this program,

Croatia has become the 13th country in Europe which implements national colon cancer prevention program. Although implementation testing was well organized, the results of Institute for public health of Primorje-Gorski Kotar County showed that 29624 tests were sent to the target group in 2012, but only 6659 people responded to a screening test, which was 22,5%. There were 114 (1,8%) people with positive tests, and 42,1% of them responded to invitation for colonoscopy. (Institute for public health of Primorje-Gorski Kotar County, National colon cancer prevention program 2012.) Low turnout for screening test and the large number of colon cancer patients were the reasons for survey on Clinic for surgery of The Clinical Hospital Center Rijeka. The survey was implemented since 2008 to 2012. The goal of the survey was to compare mortality rate since 2008 to 2012. It was expected that there would be larger number of patients with better prognosis thanked to the national screening program. However, the results showed that the percentage of survival was 60% in 2008 and 56% in 2012. Stoma was created in almost all patients who had inoperable colorectal cancer and that was the only solution. The surgical patients don't live longer and quality of life is significantly disturbed. (Juretić, 2013). Chronic diseases are often cause of mental disorder, especially in conditions where appearance is disfigured. Disease leads to changes in the lifestyle and psychological crises are inevitable. Family influence and help are very important for patients' psychological stability during treatment and recovery (Diklić et al., 2013). Mental disorder leads to social isolation, reducing daily activities and in the end quality of life is significantly disturbed after surgery. Therefore, numerous surveys dealing with quality of life in chronic patients and patients with a stoma were implemented. These surveys show lower quality of life after surgery and creation of a stoma. (Person et al., 2012). Also, they show the significance of providing technical assistance and education on quality of life of people with a stoma. The surveys also indicate significantly improved quality of life after surgery in patients who have the support and help of a stoma therapist. (Kjaergaard Danielsen et al., 2014.). Some studies indicate return to daily activities and improvement of quality of life for those patients who have been involved in a group training and meetings organized for patients and their families (Dabirian et al., 2011, Anarak et al., 2012. In 2006, the Ministry of Health and Social Welfare, pursuant to the Act on compulsory health insurance, as proposed by the Croatian Institute for Health Insurance and the Croatian Institute for Public Health, decided on the detection and early diagnosis of colorectal cancer, as well as implementation of health education of people with a stoma which includes lectures, seminars and demonstrations. Specialist advisory and hospital oncology activity and team of general/family medicine in cooperation with the Croatian League of cancer (Ministry of Health and Social Welfare, Plan and program of health protection from compulsory health insurance, 2006) are implementers of this project. Although the prevention program of colorectal cancer is performed regularly, organized training for people with a stoma has not been implemented to date. People with a stoma, who have the opportunity, get involved in clubs for patients with a stoma, whose members they are, but there are a small number of clubs and they are not available to all patients. Club members receive medical advices and assistance from medical personnel who volunteers in clubs. However, the lack of expertise and education of patients, such as lack of trained nurses ultimately leads to deterioration in quality of life of patients with a stoma.

Aim

The aim of this study was to examine the difference in quality of life of patients before and after surgery and to determine the factors that affect quality of life of people with a stoma.

Materials and methods

The survey was implemented from February 2014 to September 2014. The respondents involved in this study were patients of Digestive Surgery Department of Clinical Hospital

Center Rijeka and members of Stoma Club of Primorje-Gorski Kotar County in the Republic of Croatia. There were a hundred patients included in the study. Criteria for selection of respondents was that they have had a stoma for more than a year after surgery, the period which is considered sufficient for recovery and return to daily activities. Respondents were informed about objectives and methods of the research by telephone and had opportunity to refuse participation in the research. If they agreed, terms of testing would be arranged in Stoma Club of Primorje-Gorski Kotar County, as well as in their homes.

Testing was carried out through a structured questionnaire, forming a standardized set of questions. It was conducted individually with each patient in accordance with set testing methodology and recording of answers. The questionnaire contained five groups of questions formed on the basis of the previous questionnaires that were used in testing of patients in Surgery Department of Clinical Hospital Center Rijeka. The first part of the test consisted of socio-demographic data (age, gender, employment status, date of surgery, type of surgery). The second part was the self-assessment test of frequency of activities before and after surgery. Activities were divided into two groups, simple and complex ones. Simple activities included questions about activities of daily walks, spending time with family and friends, while complex activities involved activities such as hobbies, swimming in the sea, travel and sporting activities. Furthermore, the significant part of the test was related to perception of participants about quality of assistance provided in period after returning from hospital, as well as, who was, in their opinion, the greatest support. Within this part of the study, frequency and need for professional psychological help and support were examined, as well as who provided professional psychological help to respondents.

The results were processed by the application program Statistica version 12.0 (StatSoft Inc., Tulsa OK). Data was categorical (qualitative) and therefore it was shown by the frequencies and percentages. χ^2 test was used in the study of statistical significance. Statistical significance was assessed at the level of $P \leq 0.05$, ie. with 95 % confidence limit.

Results

Socio-demographic data of the participants

A hundred respondents participated in the survey and the results of socio-demographic data showed that the average age of respondents was 67.03, the youngest participant was 34 years old and the oldest one 85 years old. The classification of the respondents by sex showed that there were 64% of men and 36% of women who participated in the study, indicating a higher incidence of male sex, but it wasn't statistically significant. The results based on employment status before surgery showed that the largest number of the respondents were retirees 61%, 35% were employed and 4% of the respondents were unemployed. Out of 35% of employed respondents before surgery, 60% of them returned to working environment after surgery, while 40% of respondents were retired.

Assessment of the frequency of activities before and after surgery

Tab. 1 Display of the frequency of simple and complex activities before and after surgery

	every day	often	rarely	never
Before	55	39	6	0
After	33	46	20	1
Before	55	39	6	0
After	33	46	20	1

The results of the Table 1 show the frequency of implementation of simple activities before and after surgery. Almost all patients were doing these activities before surgery, 55% of them on a

daily basis, 39% often and 6% rarely. The results also show that the frequency of implementation of simple, daily activities has been significantly changed after surgery. After the surgery, 33% of respondents did the same activities every day, 46% often, and rarely or never even 21% of respondents. The results of comparing frequency of simple activities before and after surgery show statistically significant difference in the implementation of simple activities before and after surgery. Simple activities took place on a daily basis before surgery and after surgery they took place often. ($P < 0.001$). Before surgery, 6% of respondents carried out complex activities on a daily basis, often 46%, rarely even 48% of them, while none of the respondents answered negative on this question. After surgery, none of the respondents carried out these activities daily, 9% of them carried them often, 42% rarely and 49% never. The difference in the frequency of implementation of complex activities before and after surgery is statistically significant ($p = 0.009$).

Period after returning from hospital

The respondents were questioned who was the greatest support and assistance after returning from hospital and the largest number of them (86%) agreed that was a family, 10 % of them pointed out that it was a nurse, while other respondents mentioned a family doctor, friends and members of a stoma club. Family implemented continuing training and psychological support at 58% of the respondents, a nurse at 37 of them, and family doctors, friends and members of a stoma club at 5% of the respondents.

Tab. 2 Comparison of the results of offered and requested assistance

Offered assistance of medical personnel during discharge	Requested assistance		total
	YES	NO	
YES	N 14	54	68
	% 20,59%	79,41%	
NO	N 1	31	32
	% 3,13%	96,88%	
Total	15	85	100

$$\chi^2 = 5,204 \quad P = 0,022$$

Comparing the results of assistance provided, a statistically significant difference was showed. The respondents to whom medical personnel offered assistance more often, also asked for help more often ($P = 0.022$).

Psychological help and support

The results of perception about psychological state after surgery showed that 80% of the respondents said that they faced with the new situation, while 20% of them said that they didn't face with the new situation.

Tab. 3 Influence of dealing with the disease on the sense of inferiority

The sense of inferiority	Dealing with the disease			
		YES	NO	total
Yes	N 6	10		16
	% 37,50%	62,50%		
	% 37,50%	62,50%		
NO	N 74	10		84
	% 88,10%	11,9%		
Total	80	20		100

$$\chi^2 = 21,503 \quad P < 0,001$$

Those respondents who have faced with the new situation show that they have no sense of inferiority compared to other respondents, and it is statistically significant. ($P < 0.001$) Only 16% of respondents received recommendation for visiting a psychologist. Only one respondent didn't request the recommended assistance, and out of 16% of the respondents who asked for psychological help, 81% pointed out that psychologists helped them in dealing with the new situation.

Discussion

Nowadays, there are many researches about quality of life of patients, chronic patients, due to the increasing number of chronic and malignant diseases. Also, mental disorders are on the rise, especially depression, and they are closely associated with chronic diseases and their consequences. Physical impairment in people with a stoma that significantly impairs appearance affects mental stability. Patients retreat into their own environment due to impaired physical appearance, have the sense of inferiority and embarrassment, which consequently affects the implementation of daily activities after surgery, and thus quality of life of people with a stoma. These people have low self-confidence and negative self-image and therefore they need help in order to return to everyday life. Numerous studies in the world that indicated that quality of life was impaired after creation of a stoma (Richbourg and sur.2007). Person et al., 2012, Anarak et al., 2012) and the lack of research on this topic in Croatia, were the reasons of implementation of this study. The aim of this study was to examine the difference in quality of life of patients before and after surgery and to determine factors that affected quality of life for people with a stoma. A hundred respondents participated in the study which lasted six months. The respondents were patients of Surgery Department of Clinical Hospital Center Rijeka to whom the stoma of digestive system was created more than a year ago. The period of one year after surgery is considered to be sufficient for returning the person with a stoma in everyday life. After examining the socio-demographic data, it is evident that most of the respondents belong to the age group from 50-75, which coincides with the data on the normal risk of developing the disease (Von der Schulenburg et al., 2010). Considering that men become ill more often than women (Diklić et al., 2013), among respondents in this study is greater number of men. In this study, the assessment of quality of life for people with a stoma after surgery was tested with the frequency of implementation of daily activities before and after surgery. Activities are divided into two categories, simple and complex activities. According to the severity and complexity, activities that include daily walks, spending time with family and friends are simple and there is no physical barrier to their implementation after surgery. In contrast, complex activities that include hobby, travel, sports and swimming in the sea, however, require additional effort and commitment and reduction of these activities before and after surgery is expected. The results of the implementation of simple activities showed that the greatest number of the respondents carried out these activity before surgery every day, and after surgery the largest number of respondents carried out simple activities often and there was a statistically significant difference in the implementation of activities before and after surgery. Also, the research of Erwin-Toth and collaborators in 2012 with patients with a stoma in North America showed a decline of implementing simple activities after surgery in patients with a stoma and effects on quality of life. (I Richbourg sur.2007) The comparison of the implementation of complex activities before and after surgery was even more devastating and there was statistically significant difference in their implementation before and after surgery. Before the surgery, all respondents carried out these activities, although not with the same intensity, some of them more often, some less, but after surgery almost half of the respondents didn't carry out these activities. The research on quality of life of patients with a stoma in Poland speaks in favor of the results of this study, where it has been confirmed that people with a stoma have reduced the implementing of complex activities after surgery. (Golicki et al. 2013) Provided help and support after discharge from hospital is one of the important factors that

affect the implementation of activities after surgery, and it can be seen from the comparison results which show that assistance and adequate education increase implementation of activities after surgery and it is statistically significant. Numerous studies show the importance of education and support of stoma therapists just in the first year after creation of a stoma. These studies show increased intensity of the implementation of activities and better quality of life of people who have support of stoma therapists. Provided help consists of education and support which provides security and self-confidence, and therefore the intensity of activity implementation. (De la Quintana Jiménez et al., 2010, Ishiguro et al., 2012, Danielsen and sur.2014.). The stoma of the digestive system is a major handicap for any person and, associated with malignant disease, significantly impairs quality of life of every person and often results in isolation from environment and a significant reduction of carrying out daily activities. All of the above was caused by the sense of inferiority and shame, and it was proved in the above studies and also in this one. According to the respondents in this study, the largest assistance was provided by family, but there weren't enough support and education by medical professionals. The majority of respondents said that they had been offered help of medical professionals and family doctors after discharge from hospital. However, the help was only offered, not implemented, unless it was requested. After discharge from hospital, family provided assistance and education, although they weren't sufficiently prepared and trained, in 58% of respondents, a nurse in only 37% of respondents, while the results which gave the insight into the support received from family doctors were devastating, only 3%. Some studies suggest the importance and desirability of including family in the process of recovery and increasing quality of life (Zhang et al., 2013, Leyk et al., 2014). However, the results of this study also show the importance of support of health professionals. Those respondents who were offered a nursing care asked for help more often. The researches of various forms of assistance provided by health care professionals, by phone calls (Aazam et al., 2011, Zhang et al., 2013), educational meetings with patients and families (Altuntas et al. , 2012, Akiko Kimura et al., 2013), organized meetings and gatherings (Dabirian et al, 2012), and continuing assistance of a stoma therapist (De la Quintana Jiménez et al., 2007, Person et al., 2012, Erwin-Toth et al., 2012), show the significance of the assistance provided by medical professionals. All these studies suggest a positive effect of the aid and training by health care professionals on quality of life of people with a stoma, which also reduce complications, and thus the cost of treatment. (Anarak et al., 2012, Danielsen, 2013). Dealing with the disease without professional help, and perceptions of the respondents about the assistance provided speak in favor of insufficient involvement of medical professionals. In this study, the majority of respondents faced with the present situation, mostly without professional assistance. Only 16% of respondents received recommendation of a specialist or a family doctor to seek professional psychological help.

The fact that almost all respondents who received the recommendation requested the assistance, and it helped them, speaks in favor how this form of assistance and recommendation to seek assistance are important. The importance of the recommendation of experts was confirmed by the fact that none of the respondents asked for help on their own if it was not recommended. The importance of the psychological aspect of recovery and quality of life after creation of a stoma and provided professional assistance has been confirmed in numerous studies. The problems that occur related to self-care of a stoma, leakage of the stoma bag, where there is a leakage of the contents in stomach, releasing gases that can not be controlled, significantly affect the mental state of a person with a stoma. All of these cause withdrawal from environment and anxiety that causes the development of depression if it is unrecognized and untreated in time. Authors Richbourg et al., 2007, emphasize the importance of stoma therapists who help to prevent such situations and raise quality of life for people with a stoma. The results of the research of Anarak and associates in 2012 pointed out the development of depression in patients where there was lack of education and assistance of experts, that was needed to return to everyday life. Some studies demonstrated that the shame which occurred in people with a stoma

caused by physical appearance could be significantly reduced with the help and support of stoma therapists (Mitchell et al., 2007).

Conclusion

In the end, we can confirm that this research demonstrate disturbed quality of life of patients after surgery. The results speak in favor of reduced implementation of activities after surgery in relation to the implementation of activities before surgery. Furthermore, the results show that assistance after discharge from hospital is a significant factor that affects quality of life of patients after surgery and it was provided by family, and very little by health care professionals. The results also showed the significance of the assistance provided by medical professionals which confirm that those respondents who received help, also asked for help more often, were satisfied with education and they implemented activities on the higher level after surgery than those patients who did not get help and who considered education inadequate. The feeling of abandonment is an important factor in coping with the new situation and the sense of discomfort that has affected the level of self-confidence, and thus engagement in everyday activities. It is necessary to observe people with a stoma as chronic patients whose treatment does not end after hospital discharge. Period within a few months after hospitalization is essential for a full recovery of patients and return to everyday activities. In this period, the assistance of health care professionals, primarily stoma therapist, is necessary.

Bibliography

- AZAM, D., et al. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. 2011;5:1–5.
- AKIKO KIMURA, C., et al. P. Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. *J. Coloproctol*. Rio de Janeiro 33/4, 2013.
- ALTUNTAS Y.E., et al. The role of group education on quality of life in patients with a stoma, *European Journal of Cancer Care*. 2012;21:776-781
- ANARAKI, F., et al. Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. *Indian J Palliat Care*. 2012;18(3):176–180
- Croatian institute of public health, Croatian National Cancer Registry, Cancer incidence in Croatia 2012. Zagreb, 2014. Bilten br. 37 Bulletin No. 37
- DABIRIAN, A., et al. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. 2011;5:1–5.
- DANIELSEN, AK., BURCHARTH, J., ROSENBERG, J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2014 Jun;15(6):e276-83. doi: 10.1111/codi.12197. Review. [PubMed]
- De La QUINTANA JIMÉNEZ, P., et al. Grupo Cooperativo Estudio Calidad de Vida. A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality-of-life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. *Ostomy Wound Manage*. 2010;May;56(5):44-52.
- DIKLIĆ, D., LOVRIĆ, J., ĐAKOVIĆ, I. Trendovi incidencije i mortalitet kolorektalnog karcinoma u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji 2000-2010 i kvaliteta života operiranih bolesnika (Izvorni znanstveni članak). *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, 2014;7.
- ERWIN-TOTH, P., THOMPSON,S.J., DAVIS, J.S. Factors Impacting the Quality of Life of People With an Ostomy in North America: Results From the Dialogue Study. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2012;417–422
- GOLICKI D, STYCZEN, P., SZCZEPKOWSKI, M. Quality of life in stoma patients in Poland: multicentre cross-sectional study using WHOQOL-BREF questionnaire. *Przegl Epidemiol*. 2013;67(3):491-6, 589-93.

- ISHIGURO, M., et al. Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: a preliminary study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012 Mar-Apr;39(2):172-7.
- JURETIĆ, S. Planiranje zdravstvene njege kod kolorektalnog karcinoma, Edukacijsko predavanje na Klinici za kirurgiju, KBC Rijeka, 2013
- KUTNJAK KIŠ, R. Programi ranog otkrivanja raka u Međimurskoj županiji. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* (elektronički časopis) 2010 Jul. 6(23).
- KJAERGAARD DANIELSEN, A., ROSENBERG, J. Health Related Quality of Life May Increase when Patients with a Stoma Attend Patient Education – A Case-Control Study. *PLOS ONE.* 2014. doi: 10.1371
- LEYK, M, et al. The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014 Nov-Dec;41(6):581-8. [PubMed]
- MITCHELL, KA, et al. Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal stoma. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(5):524-32.
- Nastavni Zavod za javno zdravstvo Primorsko – goranske županije, Nacionalni Program „Rano otkrivanje karcinoma kolona“ Rezultati za 2012. godinu
- PERSON, B., et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum.* 2012;55(7):783-7.
- Richbourg, L., Thorpe, J., M., Rapp, C. (2007). Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*; 70–79
- Von der Schulenburg, J.M., Prenzler, A., Schurer, W. (2010) Cancer management and reimbursement aspects in Germany: an overview demonstrated by the case of colorectal cancer. *Eur J Health Econ.*
- Zhang JE, Wong FK, You LM, Zheng MC, Li Q, Zhang BY, Huang MR, Ye XM, Liang MJ, Liu JL. (2013) Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nurs.* 2013 Nov-Dec;36(6):419-428. [PubMed]
- Zhang, T.-L.a, Hu, A.-L.b, Xu, H.-L.c, Zheng, M.-C.d, Liang, M.-J. (2013) Patients after colostomy: Relationship between quality of life and acceptance of disability and social support. *Chinese Medical Journal.* Volume 126, Issue 21, 2013, Pages 4124-4131

Author's contact address:

Sanja Juretić, MSc.
 Faculty of Health Studies
 University of Rijeka
 Viktora Cara Emina 5
 51000 Rijeka
 Croatia
 sanja.host@gmail.com

HOMELESS PEOPLE: A LITERATURE REVIEW ON THE EXPERIENCES WITH NURSING CARE IN THE CONTEXT OF HEALTH PROBLEMS

Katharina Kapsch***, Michaela Sorber*****, Lena Dorin***, Wilfried Schnepf*****, Andreas Büscher*******

**Osnabrück University of Applied Sciences, Faculty of Business Management and Social Sciences, Germany*

***Research Group “FamiLe - Family health in the lifecourse”, Osnabrück, Germany*

****Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Department of Nursing Science, Germany*

Abstract

Aim: Being homeless is associated with hard realities. Homelessness is accompanied by a wide range of health problems. Usually ill persons receive care from different people. For homeless people it is uncertain whether this resource is available. It is known that professional care is important for the recovery of ill persons. There is a lack of knowledge regarding experiences of homeless people with nursing care in the context of health problems. The aim of this literature review is to explore the nursing care experiences of homeless people with health problems in hospital settings.

Methods: To answer this question a literature review was conducted. Different databases and further resources were used to perform the literature search. The studies identified were systematically analyzed.

Results: Only a small number of existing studies focused experiences of homeless people regarding nursing care. Those studies illustrated that homeless people receive help from nurses. The overall results related to satisfaction were heterogeneous. Both, positive and negative experiences were reported.

Conclusion: The results of the review offer first indications of how care is experienced by homeless people with health problems. For a better understanding of the phenomenon, empirical research from the perspective of homeless people is necessary. Especially, for the question of who may be appropriate caregivers for this vulnerable group in case of health problems.

Key words: homeless people, health problems, literature review, nursing care.

Introduction

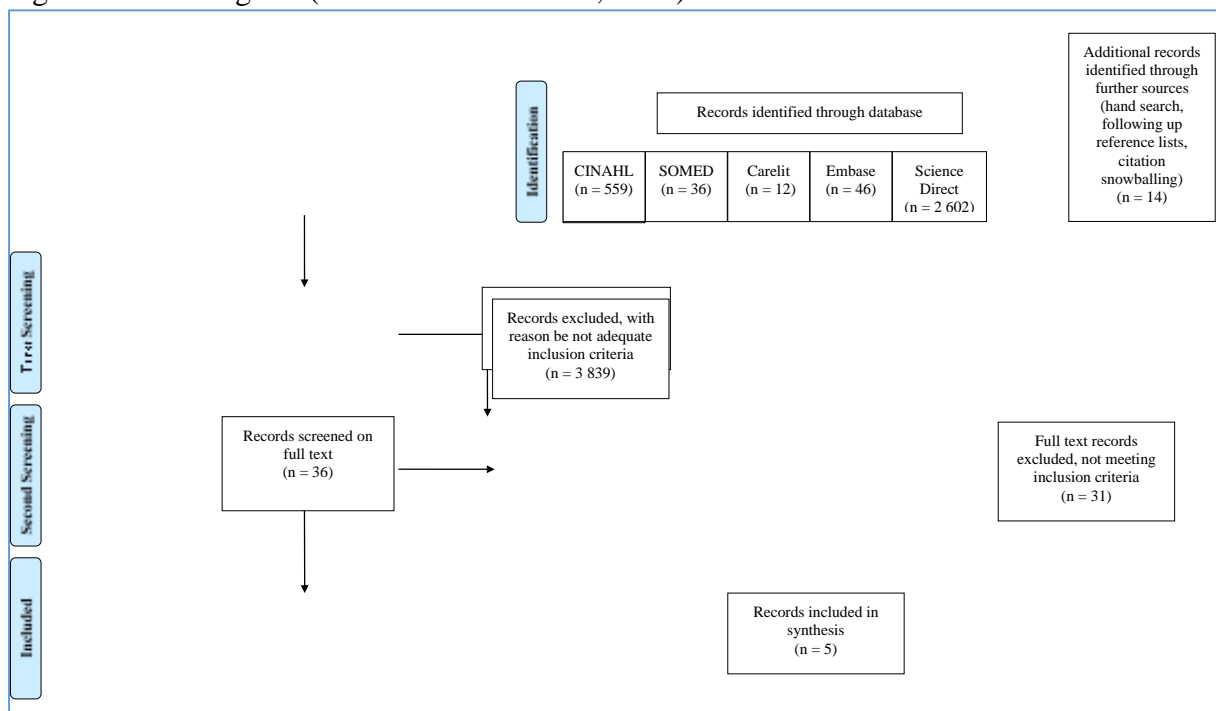
A homeless life on the street is associated with hard realities. Some of those such as housing instability, missing protection against environmental conditions (Williams & Stickley, 2011; Essendorfer, 2007), unhealthy food (Crawley et al., 2013; Völm et al., 2004), unhygienic opportunities for personal care and needs (Völm et al., 2004) imply a considerable risk for the development of health problems (Lebrun-Harris et al., 2013; Völm et al., 2004). Moreover there are many obstacles for them to receive health care (Lebrun-Harris et al., 2013; Crawley et al., 2013). In general, nursing and medical care take place in primary care, visiting or institutional settings (Kushel et al., 2002; Essendorfer, 2007). If a health problem cannot be solved in primary care, institutional care is needed. Particularly when hospital admission is required, negative stress arises for homeless people (BAG Wohnungslosenhilfe, 1992). Leaving for hospital treatment goes along with losing the provisional sleeping place and the risk that someone might steal the personal belongings. This is one of the main reasons why homeless people leave institutional care early, often before the treatment is completed (Behnsen, 1995). Despite existing knowledge about the characteristics, the living-conditions and the health status in the context of homelessness only little is known about the experiences of homeless people with nursing care in institutional settings. The aim of this literature review is to analyse research

published so far to get insight into this experience of homeless people and to broaden the general understanding of issues of homelessness.

Methods

The literature research was performed using the databases PubMed, CINAHL, Carelit, Embase, Science Direct and SOMED. The following terms were used in different combinations: homeless people, homeless persons, shelterless people, berber, rough sleeper, homelessness, houselessness, shelterlessness, nursing, nurses, nursing care, care dependency, health care, health care providers, hospital, acute care, emergency service, illnesses, health situation, health problems, manners, behaviors, reactions, experiences, perceptions, attitudes and perspectives. Additional records were identified through other sources such as hand searches in libraries, following up reference lists and citation snowballing (Figure 1).

Figure 1: Flowdiagram (based on Moher et al., 2009)



The search period was limited from 1980 to 2016. In total, there were 3 875 hits. Two steps of screening were performed. First, the publications were screened on title and abstract using the following inclusion and exclusion criteria. Only articles in German and English language dealing with the construct of homelessness, health und nursing care were eligible for inclusion. Due to the aim of the literature research, describing the phenomenon extensively, qualitative and quantitative studies were included as well all kinds of literature reviews, professional articles and thesis. After the first screening, 36 studies were preliminary classified as relevant. These articles were analysed in full text to prove if they meet inclusion criteria. With this approach five publications were integrated in the detailed review. They all have a qualitative design.

Results

The literature reveals that nursing care of homeless people in the institutional setting has not been investigated so far. Although something is known about bad living conditions and the high risk for acute and chronic diseases, research on this topic has almost not been conducted. In total, only five studies could be identified (Table 1).

Tab. 1 Overview of included articles

Autor/ Year/ Country	Title	Main focus	Informants	Design	Type of publication
McCabe et al., 2001, USA	Homeless Patients' Experience of Satisfaction With Care.	Experiences of homeless persons with nursing care	Homeless people n = 17	qualitative research	research article
Martins, 2008, USA	Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A Descriptive Phenomenological Study.	Experiences of homeless people with health care	Homeless people n = 15	qualitative research	research article
Nickasch & Marnocha, 2009, USA	Healthcare experiences of the homeless.	Experiences of homeless people with health care	Homeless people n = 9	qualitative research	research article
Stehling, 2003, Germany	Experiences of homeless people with nursing care.	Experiences of homeless people with nursing care	Homeless people n = 6	qualitative research	unpublished thesis
Wen et al., 2007, Canada	Homeless People's Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters.	Experiences of homeless people with health care	Homeless people n = 17	qualitative research	research article

They all describe experiences of homeless people. Only two deal with specific experiences concerning the care from nurses. The other studies describe the experiences with health care providers in general, not explicitly with nurses. It can be assumed that nurses are included in the term "health care providers", so these studies also deal with experiences of nursing care and were included. Moreover, it is not specified if the results of the studies are only based on experiences of homeless people in the context of hospital treatments. Some may also include contacts to health care providers in the community setting.

The results of the studies show ambivalence in the experiences with health care. Two studies describe positive as well negative experiences (Stehling, 2003; Wen et al., 2007), one deals only with positive (McCabe et al., 2001) whereas Nickasch and Manocha (2009) as well as Martins (2008) point out only negative experiences. To illustrate the opposing experiences the results have been categorized into positive and negative care experiences and will be presented accordingly.

Positive Care Experiences

Diverse positive care experiences are reported. Among those experiences were supportive behavior of nurses, joint problem-solving between nurses and homeless people and the acceptance of non-compliance (McCabe et al., 2001). Positive care experiences included humanistic and thoughtful interventions that were adapted to the individual living situation (Stehling, 2003). Nurses showed emphatic behavior and trusted in the homeless people

(McCabe et al., 2001). Homeless people experienced an unprejudiced (McCabe et al., 2001), equal (McCabe et al., 2001; Stehling, 2003; Wen et al., 2007), non-stereotypical and integrated care (McCabe et al., 2001; Wen et al., 2007; Stehling, 2003). Furthermore, an open-minded atmosphere underlying the communication between homeless people and nurses existed (Stehling, 2003). Health care providers were interested in the agendas and problems of homeless people (Wen et al., 2007). Besides, positive care experiences were characterized when the health care providers accepted the homeless people as equal and showed this during interactions (Wen et al., 2007). Furthermore homeless people experienced positive care when nurses care for them despite a poor hygienic bodily state (Stehling, 2003)

Positive care experiences seem to be linked to a feeling of being welcome, characterized by an existence of 'I and You' (Wen et al., 2007). Homeless people were pleased when they received humanistic confidential care (McCabe et al., 2001). They perceived freedom to reject a treatment without expecting negative consequences from nurses (McCabe et al., 2001). They felt themselves taken seriously (Stehling, 2003) and respected (McCabe et al., 2001). Further, experiencing humanistic care allowed homeless people to take a rest and recover (Stehling, 2003).

There is a lot of potential of good care for homeless people. According to McCabe et al. (2001), positive experiences of nursing care triggered feelings of well-being and increased self-esteem. The homeless people shared sensitive facts with health care providers (Wen et al., 2007; McCabe et al., 2001) and trusted nurses (McCabe et al., 2001). Furthermore, positive care experiences resulted in a positive evaluation of health care, in the willingness to comply with professional recommendations (Stehling, 2003) and lead to satisfaction of the homeless people (Stehling, 2003).

Negative Care Experiences

Negative care was experienced when nurses showed different behavior in comparison to non-homeless patients (Stehling, 2003; Martins, 2008). Homeless people perceived this care as two-tier health care (Wen et al., 2007). Health care providers offer homeless people an unequal and disregarding care (Stehling, 2003; Martins, 2008). They treated them with disrespect, stigmatization and prejudice (Martins, 2008; Wen et al., 2007). Negative care experiences were characterized by insufficient or missing communication (Wen et al., 2007) and hierarchical structures (Wen et al., 2007). Sometimes homeless people experienced physical violence, like forced or degrading personal care and fixations (Stehling, 2003).

Due to the behavior of health care providers, homeless people felt ignored (Wen et al., 2007; Stehling, 2003), sidelined and treated rudely or in a rush (Nickasch & Marnocha, 2009). Moreover, they felt unwelcomed and dehumanized as a result of discrimination (Wen et al., 2007) and they experienced a lack of compassion in the nurses' behavior (Nickasch & Marnocha, 2009). Because of the perceived negative situation with health care providers homeless people announced that they sometimes felt like an invisible human being (Martins, 2008), an object (Wen et al., 2007), an "experimental animal" which is treated with an ineffective therapy (Martins, 2008) or as a "number" which has to be treated and discharged from hospital as soon as possible (Nickasch & Marnocha, 2009). According to Nickasch and Marnocha (2009), homeless people were disappointed in the way they were treated. They felt judged on their human physical appearance (Nickasch & Marnocha, 2009) and criticized this treatment as unfair because they cannot change their living conditions (Nickasch & Marnocha, 2009). They assumed that particularly nurses showed no confidence in them and believed that nurses considered them not telling the truth (Martins, 2008).

According to Nickasch and Marnocha (2009), homeless people doubted on the oath of health care providers. They could not believe that these providers swore to care for all people with

health problems, because they made a difference between people with housing stability and people without housing stability in daily care. Homeless people had the impression that health care providers do not care enough for the homeless (Nickasch & Marnocha, 2009).

Negative care experiences resulted in conceiving a negative opinion (Wen et al., 2007), developing mistrust (Wen et al., 2007) and reinforcing the lack of self-worth (Martins, 2008). As a consequence homeless people left institutional care before the treatment was completed (Stehling, 2003) and will avoid the health system in the future (Martins, 2008; Wen et al., 2007). Also they lead to a negative evaluating of health care, sometimes they decided that they would not even send their animals for a treatment to this institution (Martins, 2008).

Discussion

Being homeless is associated with hard realities (Williams & Stickley, 2011). The results of this review confirm other statements from the literature that seeking for and receiving health care is a challenge in homeless people's life (Trabert, 1995; Gillich, 2003; Völm et al., 2004). When trying to map the results from the literature, it can be assumed that there are two key opposing categories: *Positive Care Experiences* and *Negative Care Experiences*. Homeless people experienced different care situations. It can be assumed that health care providers convey their societal attitudes in their encounters with homeless people, which is the reason why different experiences emerge (Wen et al., 2007; Martins, 2008). Homeless people were stigmatized and dismissed (Daiski, 2007; Williams & Stickley, 2011). They do not fit into the social image (Williams & Stickley, 2011) and because of this they are excluded from society (Williams & Stickley, 2011; Daiski, 2007). Due to the results of the review, this process can also be detected in the experiences of homeless people with health care. However, the real reasons responsible for the opposing experiences have not been studied yet. In general, independent from the kind of experiences which people have with care from health providers, experiences will have a solid impact of the further health behavior. The purpose of the literature review was to conduct an overview of the research field and find new indicators about the experiences of homeless people with nursing care. It is possible that due to the selected search terms and the inclusion as well as the exclusion criteria not all relevant data could be found. This is typical for a specific issue, which is not dealt with frequently.

Conclusion

Homelessness is becoming an increasing public health and social concern worldwide. The present experiences with health care of homeless people show that the care of this vulnerable population requires a different approach. Nurses and other health care providers must be aware of their influence on homeless individuals and learn how to interact with these people in a proper way. The findings of this literature review give an overview of experiences, which nurses and other health care providers can use to reflect on their treatments, see how their behavior towards homeless people effects the feeling and well-being among this vulnerable population.

Nursing care of homeless people has not been focused in detail so far. Due to this fact, there is a need for further qualitative and quantitative research on this subject. Only, when homeless people are interviewed personally about their experiences, there is the opportunity to obtain real insights in this phenomenon. Moreover, it has to be considered that homeless people are living single, under a wide range of environmental influences and poor living conditions. These facts accrue the question about which people care for a homeless individual with health problems. Is there a working care relationship, which gives the support needed or does being homeless also mean being alone in a situation of illness? And do only professional caregivers care for this group of people if they have a health problem or are there also informal caregivers who take care? Especially, when nursing care is rejected through homeless people, it is not clear, who

cares for them. We have to examine this also insufficiently investigated field to understand the whole phenomenon “care of homeless people with health problems”, especially with the focus on the role of family and informal caregivers.

Bibliography

- BAG WOHNUNGSLOSENHILFE. Krank ohne Wohnung – Empfehlungen der BAG Wohnungslosenhilfe zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen. *Gefährdetenhilfe*. 1992; 1:13-15.
- BEHNSEN, S. *Wege zu einer sozialen Medizin für Wohnungslose*. Lutz, R. *Wohnungslose und ihre Helfer*. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995. 326 p. ISBN 392307445X.
- CRAWLEY, J. et al. Needs of the hidden homeless – no longer hidden: a pilot study. *Public Health*. 2013; 127(7):674-680.
- DAISKI, I. Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(3):273-281.
- ESSENDORFER, L. Strukturen der professionellen Pflege in der Wohnungslosenhilfe: An den Lebenslagen orientieren. *Pflegezeitschrift*. 2007; 60(12):666-669.
- GILLICH, ST. *Alt und ohne Wohnung*. Seeberger, B.; Braun, A. *Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2003. 345 p. ISBN 3-935964-09-9.
- KUSHEL, M.B. et al. Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results From a Community-Based Study. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(5):778-784.
- LEBRUN-HARRIS, L.A. et al. Health Status and Health Care Experiences among Homeless Patients in Federally Supported Health Centers: Findings from the 2009 Patient Survey. *Health Research and Educational Trust*. 2013; 48(3):992-1017.
- MARTINS, D.C. Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A descriptive Phenomenological Study. *Public Health Nursing*. 2008; 20(5):420-430.
- MCCABE, S. et al. Homeless Patients` Experience of Satisfaction With Care. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001; 15(2):78-85.
- MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7):e1000097.
- NICKASCH, B., MARNOCHA, S.K. Healthcare experiences of the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009; 21(1):39-46.
- STEHLING, H. *Welche Erfahrungen machen wohnungslose Menschen mit krankenschwangerischer Versorgung?* Unveröffentlichte Diplomarbeit. 2003. Fachhochschule Osnabrück.
- TRABERT, G. *Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995. 152 p. ISBN 392252625X.
- VÖLM, B. et al. Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. *Sozial Präventivmedizin*. 2004; 49(1):42-50.
- WEN, CH.K. et al. Homeless People’s Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22(7):1011-1017.
- WILLIAMS, S., STICKLEY, T. Stories from the streets: people’s experiences of homelessness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(5):432-439.

Author’s contact address:

Katharina Kapsch, M.Sc.
University of Applied Sciences Osnabrück
Faculty of Business Management and Social Sciences

Research Group “FamiLe - Family health in the lifecourse”¹
Caprivistraße 30A
49076 Osnabrück
Germany
k.kapsch@hs-osnabrueck.de

¹FamiLe is funded by the German Federal Ministry of Education and Research (Reference: 01KX1113A and 01KX1113B)

ALGORITMUS LINGVISTICKÉ VALIDIZACE MĚŘÍČÍHO NÁSTROJE (E-POSTER)

ALGORITHM OF LINGUISTIC VALIDATION MEASURING INSTRUMENT

Jana Konečná, Zdeňka Mikšová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Abstrakt

Úvod: Měřicí nástroje se převážně vyskytují v anglickém nebo jiném původním jazyce. Současně tyto nástroje vznikají v odlišném sociokulturním prostředí. Proto při překladu originálního nástroje do cílového jazyka je nutné postupovat podle doporučeného postupu – metodologie jazykové (lingvistické) validizace.

Cíl: Předložit algoritmus jazykové validizace s aplikací na vybraný měřicí nástroj.

Metodika: Neexistuje standardizovaný postup, ale modifikované guidelines. Algoritmus jazykové validizace je složen z několika fází a dílčích kroků. Mezi významné fáze patří - překlady originálního nástroje do cílového jazyka; zpětné překlady do původního jazyka a pilotní testování (cognitive debriefing) na potencionálních uživatelích konkrétního měřicího nástroje. Přeložená verze musí být koncepčně shodná s originální verzí a musí být vždy testována jako nový nástroj. Koncepční shoda je jak ve významové, tak obsahové stránce originální a přeložené verze, která vychází z kulturního kontextu cílové populace.

Závěr: Realizace lingvistické validizace je časově velmi náročná metoda a klade vysoké požadavky na sestavení expertního týmu. Je nutné dodržet jednotlivé kroky lingvistické validizace k zajištění konceptuální ekvivalence originální a přeložené verze.

Klíčová slova: měřicí nástroj, lingvistická validizace, validizace, guidelines

Abstract

Introduction: Measuring instruments are found predominantly in English or another native language. At the same, these instruments originate in different social and cultural environments. Therefore, in the translation of the original instrument into the target language must follow a recommended procedure - Methodology language (linguistic) validation.

Aim: To present the algorithm of linguistic validation with application to the selected measuring tool.

Methods: Not exist standardized procedure, but modified guidelines. Algorithm of linguistic validation consists of several phases and substeps. The significant phase include - translation of the original instrument into the target language; back translation to the original language and pilot testing (cognitive debriefing) for potential users of specific measurement tool. A translated version must be conceptually identical to the original version and must always be tested as a new instrument. Conceptual conformity both in meaning and content of the original and translated versions, which based on the cultural context of the target population.

Conclusion: Realization of linguistic validation is very time-consuming method and puts high requirements on expert team. It is necessary to observe the individual steps of linguistic validation to secure conceptual equivalence of the original and translated versions.

Key words: measuring instrument, linguistic validation, validation, guidelines

Dedikováno k projektu IGA UP: Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s chronickým onemocněním, č. IGA_FZV_2015_009.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Jana Konečná

Ústav ošetrovatelství FZV UPOL

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

jana.konecna@upol.cz

VZÁJEMNÉ VZTAHY MEZI KVALITOU ŽIVOTA, ZÁTĚŽÍ A SYNDROMEM VYHOŘENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ PROFESIONÁLNÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČE (E-POSTER)

RELATIONSHIPS BETWEEN QUALITY OF LIFE, BURDEN AND BURNOUT SYNDROME IN PEOPLE PROVIDING PROFESSIONAL HEALTH AND SOCIAL CARE

Radka Kozáková*, **Eva Reiterová****, **Šárka Vévodová***, **Jiří Vévoda***, **Bronislava Grygová***

**Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav společenských a humanitních věd*

***Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství*

Abstrakt

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit vzájemné vztahy mezi kvalitou života, zátěží a syndromem vyhoření při poskytování profesionální zdravotně-sociální péče.

Metody: Byla použita metoda kvantitativního dotazníkového šetření s použitím dotazníku zátěže – Meisterův dotazník, dotazníku syndromu vyhoření - Burnout Measure (BM) a dotazníku kvality života - WHOQOL-BREF. Soubor respondentů byl tvořen 57 profesionálními pečovateli (55 žen, 2 muži), kteří poskytují péči v zařízení Domov pro seniory Pohoda, Olomouc - Chválkovice a Domov pro osoby se zdravotním postižením Nové Zámky – poskytovatel sociálních služeb. Výzkum byl realizován v letech 2015-2016.

Výsledky: Z výsledků výzkumu vyplynulo, že existuje signifikantní korelace mezi mírou vyhoření a mírou zátěže. Čím vyšší je zátěž profesionálního pečovatele, tím vyšší je míra syndromu vyhoření. Negativní signifikantní korelace byly zjištěny mezi mírou zátěže a faktorem kvality života Fyzické zdraví, mírou zátěže a faktorem kvality života Prožívání. Čím je vyšší zátěž profesionálního pečovatele, tím je nižší kvalita života v oblasti fyzického zdraví a prožívání profesionálního pečovatele. Negativní signifikantní korelace byly potvrzeny mezi mírou vyhoření a faktorem kvality života Fyzické zdraví a mezi mírou vyhoření a faktorem kvality života Sociální vztahy a mezi mírou vyhoření a faktorem kvality života - Prostředí. Se vzrůstající mírou syndromu vyhoření se snižuje kvalita života v oblasti sociálních vztahů, prostředí a fyzického zdraví profesionálního pečovatele.

Závěr: Výsledky výzkumu ukázaly existenci vzájemných vztahů mezi mírou zátěže a snížením kvality života a mírou syndromu vyhoření a nižší kvalitou života pečovatelů. Výzkum tak poukázal na potřebu systematického posuzování kvality života pečovatele a realizaci intervencí zaměřených na eliminaci důsledků zátěže vyplývajících z vykonávání péče.

Klíčová slova: kvalita života, zátěž, syndrom vyhoření, profesionální pečovatel

Abstract

Aim: The aim of the research was to establish interrelations between quality of life, burden and burnout syndrome in people providing professional health and social care.

Methods: The method of quantitative questionnaire research was adopted. We used the following questionnaires: burden questionnaire – Meister questionnaire; burnout syndrome questionnaire – Burnout Measure (BM); quality of life questionnaire – WHOQOL-BREF. The set of respondents included 57 professional caregivers (55 female, 2 male) working at Home for the Elderly „Pohoda“, Olomouc – Chválkovice, and at Home for the Disabled Persons Nové Zámky – provider of social services. The research took place from 2015 to 2016.

Results: The results suggest significant correlations between the total score burnout degree, and burden extent. The higher the level of burden of a professional caregiver, the higher the burnout syndrome degree. Negative significant correlations were found between the total score burden extent, and the quality of life indicator Physical health, burden extent and the quality of life

indicator Experience. The higher the level of burden of a professional caregiver, the lower their quality of life in terms of physical health and experience. Negative significant correlations were proved between the total score burnout degree, and the quality of life indicator Physical health, between burnout degree, and the quality of life indicator Social relationships, and between burnout degree, and the quality of life indicator Environment. The higher the burnout syndrome degree, the lower the quality of life in terms of social relationships, environment, and physical health of a professional caregiver.

Conclusion: The results of our research point out to the need of systematic reviewing of a caregiver's quality of life, and to the implementation of interventions focused on the elimination of burden consequences following from providing care.

Key words: quality of life, burden, burnout syndrome, professional caregiver

Bibliografické odkazy

JEŽORSKÁ, Š., VÉVODA, J., CHRASTINA, J. Motivace sester a syndrom vyhoření – existuje souvislost? *Profese on-line* [online]. 2014, 7(1): 9-15. [cit. 15-3-2016]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/>

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*. 2013; 57(4): 329-341.

PAULÍK, K. K otázce zvládání pracovních nároků v sociální práci. *Kontakt*. 2006; 8(2): 292-300.

SUHONEN, R. et al. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 22: 479-490.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Radka Kozáková

Ústav společenských a humanitních věd

FZV UP v Olomouci

Hněvotínská 5

Olomouc 775 15

radka.kozakova@upol.cz

ZÁTĚŽ A SYNDROM VYHOŘENÍ U RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH STRAIN AND BURNOUT IN FAMILY CAREGIVERS

Radka Kozáková, Šárka Vévodová, Jiří Vévoda, Lukáš Merz

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav společenských a humanitních věd

Abstrakt

Cíl: Cílem výzkumu je zjistit míru zátěže rodinných pečujících a vztah jednotlivých faktorů zátěže k syndromu vyhoření.

Metody: Byla použita metoda kvantitativního dotazníkového šetření s použitím dvou dotazníků – Index zátěže pečovatele (CSI) a Burnout Measure (BM). Soubor respondentů je tvořen 50 rodinnými pečujícími (42 žen, 8 mužů) s průměrnou délkou pečování 5 let. Výzkum byl realizován v letech 2014-2016.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou syndromu vyhoření a mírou celkové zátěže ($r=0,462$, $p<0,01$). Existuje signifikantní pozitivní vztah mezi omezením času a mírou vyhoření, mezi chováním pacienta a mírou vyhoření a mezi finanční zátěží a mírou syndromu vyhoření.

Závěr: Je aktuální zaměřit se na prevenci zátěže a syndromu vyhoření u rodinných pečujících a identifikovat u nich konkrétní zátěžové faktory.

Klíčová slova: pečovatel, příjemce péče, zátěž, syndrom vyhoření

Abstract

Aim: The aim of the research was to ascertain the degree of family caregiver strain and the relation to the factors of burnout.

Methods: A quantitative design was used with two questionnaires – Caregiver Strain Index – CSI and Burnout Measure (BM). The sample comprised of 50 family caregivers (42 women and 2 men) with the average care length of 5 years. The research was carried out between 2014-2016.

Results: The results suggest there is a significant positive relationships between degree of burnout and total strain index ($r=0,462$, $p<0,01$). There is a significant positive relationship between time limitation and degree of burnout, patient's behaviour and degree of burnout, and between financial strain and the degree of burnout.

Conclusion: It is necessary to focus on preventing strain and burnout amongst family caregivers and to identify their particular strain factors.

Key words: caregiver, care recipient, strain, burnout

Úvod

Aktuálnost potřeby dlouhodobé péče o člena rodiny se zvyšuje v důsledku stárnutí populace (Rychtaříková, 2006, s. 253). Počet obyvatel ve věku nad 65 by mohl být v 50. letech 21. století dvojnásobný ve srovnání se současným stavem. Nejrychleji se bude zvyšovat počet osob nad 85 let (www.mpsv.cz). Odhaduje se, že přibližně čtvrtina až třetina osob bude z důvodu zhoršeného zdravotního stavu vyžadovat nějakou formu dlouhodobé péče (Klímová, Chaloupková, 2013, s. 109). Setkáváme se s termínem laická péče, kterou rozumíme péči rodiny, příbuzných a známých, nikoliv péči poskytovanou zdravotnickými profesionály (Bártlová, 2006, s. 237). Podobně neformální péče, je péči poskytovanou rodinnými příslušníky, dobrovolníky a známými. Rodina je nepostradatelnou složkou této péče. Péče o rodinného příslušníka je náročná a představuje pro pečovatele zátěž (Klímová, Chaloupková, 2013, s. 109; Formánková, Novotný, Efenberková, 2012, s. 160). Dlouhodobé pečování znamená pro rodinné příslušníky velmi často vysokou zátěž (Klímová, Chaloupková, 2013,

s. 109). Zajištění péče o nesoběstačnou osobu je náročné a ne každý rodinný příslušník je k tomu ochotný (Formánková, Novotný, Efenberková, 2012, s. 161). Úloha rodinného pečovatele je zásadní životní změnou, která je často spojena se stresem a s tělesným a psychickým vyčerpáním (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 33). Bártlová (2006, s. 236) potvrzuje, že ochota rodiny pečovat o nemocného je ovlivněna především onemocněním, jeho závažností a dlouhodobostí. Zátěž pečovatele lze diagnostikovat na základě určujících znaků ošetřovatelské diagnózy. Ošetřovatelská diagnóza Přetížení pečovatele (00061) je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s obtížemi vyplývajícími z vykonávání pečovatelské role při péči o blízkou osobu (Marečková 2006, s. 149). Byla přijata do seznamu Nanda diagnóz v roce 1992 (Kolegarová, Zeleníková, 2011, s. 283). Zátěž se projevuje změnou somatického, emočního nebo socioekonomického stavu pečovatele, např. bolestmi hlavy, hypertenzí, únavou, nedostatkem spánku, depresí, stresem, izolací atd. (Nanda, 2014, s. 310-311). Pečovatelé prožívají při poskytování péče emoční stres, který má negativní vliv na jejich zdraví. V důsledku emočního stresu vzniká zátěž (Do Kyung et al., 2015, s. 224). V důsledku dlouhodobé zátěže může u pečovatele dojít k rozvoji syndromu vyhoření. Velké riziko vyhoření je zejména tam, kde dochází k nerovnováze mezi vydaným úsilím a přijatou pozitivní odezvou (Kupka, 2008, s. 26). Proto je aktuální zaměřit se na prevenci zátěže a syndromu vyhoření u rodinných pečujících a identifikovat u nich konkrétní zátěžové faktory. Důležité je, aby nemocní a pečovatelé byli informováni o doplňkových službách, které mohou v péči o rodinné příslušníky pomoci. Významnou pomocí je působení svépomocných skupin, které sdružují lidi s obdobnými zdravotními a životními problémy (Bártlová, 2006, s. 238). Z výsledků výzkumu Šerfelové a Žiakové (2011, s. 155) vyplývá, že jedním ze způsobů minimalizace přetížení pečovatele a negativního hodnocení jeho života, je využívání služeb paliativní péče, zapojení dobrovolníků a jiných členů multidisciplinárního týmu do procesu péče.

Cíl

Cílem výzkumu je zjistit míru zátěže rodinných pečujících a vztah jednotlivých faktorů zátěže k syndromu vyhoření.

Soubor a metodika

Soubor respondentů je tvořen 50 rodinnými pečujícími (42 žen, 8 mužů) s průměrnou délkou pečování 5 let. Bylo osloveno 76 rodinných pečujících, s účastí ve výzkumu souhlasilo 50 pečujících. Distribuce dotazníků byla zajištěna pracovníky terénních sociálních služeb v okrese Olomouc. Výzkum byl realizován v letech 2014-2016. Byla použita metoda kvantitativního dotazníkového šetření s použitím dvou dotazníků – Index zátěže pečovatele (CSI) a Burnout Measure (BM).

Dotazník Burnout Measure slouží ke zjištění míry syndromu vyhoření. Dotazník BM byl vytvořen autory Pines a Aronson (1988). Tato metoda je v literatuře hojně citovaná a podle Kebzy a Šolcové jde o druhou nejčastěji užívanou metodu k diagnostice vyhaslosti. V literatuře jsou uváděny dobré psychometrické hodnoty tohoto dotazníku. Kebza a Šolcová uvádějí, že faktorově analytické studie potvrdily, že všechny položky sytí pouze jeden hlavní a dominující faktor, tj. vyčerpání (Kebza, Šolcová, 1998, s. 441). Dotazník BM se skládá z 21 položek, posuzovaných na sedmibodové škále Likertova typu.

Index zátěže pečovatele (CSI) je 13-ti položkový dotazník, který zjišťuje zátěž pečovatele o člena rodiny po ukončení hospitalizace. Autorem dotazníku je Robinson (1983).

Před realizovaným šetřením byl získán informovaný souhlas od rodinných pečujících. Pro zjištění vztahu mezi sledovanými proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient na 5% a 1% hladině významnosti.

Výsledky

Syndrom vyhoření a zátěž pečovatele

Pro zjištění vnitřní konzistence použitých dotazníků byla vypočítána Cronbachova α dotazníku MB $\alpha = 0,81$ a dotazníku CSI $\alpha = 0,74$.

Pomocí dotazníku BM bylo zjištěno u 13 (26%) respondentů zvýšené riziko syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření byl prokázán u 25 (50%) respondentů (viz tabulka 1).

Tab. 1 Výskyt syndromu vyhoření

	N	%	Kumulativní %
Bez přítomnosti SV	12	24	24
Zvýšené riziko SV	13	26	50
Prokázaná přítomnost SV	25	50	100
Celkem	50	100	

Pomocí dotazníku CSI byla zjištěna zátěž u pečujících. Nejvyšší zátěž byla zjištěna u faktorů sociální stav a omezení času. Hodnoty celkové zátěže a jednotlivých faktorů zátěže u pečujících jsou uvedeny v tabulce 2.

Tab. 2 Celkové hodnoty zátěže a syndromu vyhoření

	N	Průměr	Medián	Modus	SD	Min	Max
Syndrom vyhoření	50	3,69	4	3	0,884	1	5
Fyzický stav	50	1,74	2	2	0,922	0	3
Omezení času	50	2,12	2	2	0,799	0	3
Sociální stav	50	2,26	2	2	0,777	0	3
Chování pacienta	50	1,06	1	2	0,867	0	2
Finanční zátěž	50	1,24	1	1	0,716	0	2
Zátěž celková (CSI)	50	8,42	8	7	2,689	0	13

SD – směrodatná odchylka

Pro zjištění vztahu mezi mírou vyhoření a faktory zátěže byl použit Spearmanův koeficient. Z výsledků vyplývá, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou syndromu vyhoření a mírou celkové zátěže ($r=0,462$, $p<0,01$). Se vzrůstající mírou zátěže pečovatele vzrůstá míra syndromu vyhoření. Dále bylo zjištěno, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou vyhoření a omezením času pečovatele ($r=0,514$, $p<0,01$). Čím je větší omezení času, tím je vyšší míra syndromu vyhoření pečovatele. Byla také potvrzena existence signifikantního pozitivního vztahu mezi mírou vyhoření a chováním příjemce péče ($r= 0,284$, $p<0,05$). Čím jsou projevy chování pečovaného horší, tím je vyšší míra syndromu vyhoření pečovatele. Rovněž byla potvrzena existence pozitivního vztahu mezi mírou vyhoření a finanční zátěží ($r=0,291$, $p<0,05$). Se vzrůstající finanční zátěží vzrůstá míra syndromu vyhoření (viz Tabulka č. 3).

Tab. 3 Vztah mezi faktory zátěže pečovatele a syndromem vyhoření, věkem a délkou péče

	Syndrom vyhoření	Fyzický stav	Omezení času	Sociální stav	Chování pacienta	Finanční zátěž	Věk	Délka péče
Vyhoření	1	0,218	0,514**	0,227	0,284*	0,291*	0,241	0,003
Fyzický stav		1	0,348*	0,011	0,352*	0,066	0,155	0,030
Omezení času			1	0,409**	0,520**	0,555**	0,202	-0,013
Sociální stav				1	0,098	0,289*	-0,25	0,097
Chování pacienta					1	0,305*	0,211	-0,200
Finanční zátěž						1	0,245	-0,160
Věk							1	-0,195
Délka péče								1

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Vztahy mezi jednotlivými faktory zátěže

Byla zjištěna existence signifikantních korelací mezi jednotlivými sledovanými faktory zátěže pečovatele (viz Tabulka 3.). Existuje signifikantní pozitivní vztah mezi omezením času pečovatele a fyzickým stavem pečovatele ($r=0,348$, $p<0,05$), mezi omezením času pečovatele a sociálním stavem pečovatele ($r=0,409$, $p<0,01$), mezi omezením času pečovatele a chováním příjemce péče ($r=0,520$, $p<0,01$), mezi omezením času pečovatele a finanční zátěží ($r=0,555$, $p<0,01$).

Existuje signifikantní pozitivní vztah mezi chováním příjemce péče a fyzickým stavem ($r=0,352$, $p<0,05$). Čím je horší zdravotní stav příjemce péče, tím je větší fyzická zátěž pečovatele.

Existuje signifikantní pozitivní vztah mezi finanční zátěží a sociálním stavem příjemce péče ($r=0,289$, $p<0,05$) a mezi finanční zátěží a chováním pacienta ($r=0,305$, $p<0,05$). Se vzrůstající finanční zátěží se zvyšuje zátěž v oblasti sociální. Finanční zátěž vzrůstá se vzrůstající zátěží vyplývající z chování pacienta.

Dále byl posuzován vliv sociodemografických charakteristik na míru syndromu vyhoření. Nebyl potvrzen vztah mezi věkem pečujících ani mezi délkou pečování a mírou zátěže a mírou syndromu vyhoření (viz Tabulka č. 3).

Diskuze

V našem výzkumu jsme se zaměřili na zjištění míry zátěže rodinného pečovatele a jejího vztahu k syndromu vyhoření. Zátěž pečovatele lze diagnostikovat na základě určujících znaků ošetřovatelské diagnózy (Marečková, 2006, s. 149). Zátěž se projevuje změnou somatického, emočního nebo socioekonomického stavu pečovatele, např. bolestmi hlavy, hypertenzí, únavou, nedostatkem spánku, depresí, stresem, izolací atd. (Nanda, 2014, s. 310-311). Cílem studie Kolegarové, Zeleníkové (2011, s. 283) bylo zjistit, jak rodinní pečovatelé pečující o blízkou osobu v České republice hodnotí definující charakteristiky ošetřovatelské diagnózy NANDA Přetížení pečovatele. Rodinní příslušníci za hlavní definující charakteristiky Přetížení pečovatele označili celkem 8 charakteristik: obavy z možné institucionalizace péče příjemce; obavy, jak vyřešit péči o člena rodiny, když nebude schopen péči vykonávat; konflikt v rodině; nejistota ze změny vztahu s příjemcem péče; starost o členy rodiny. Za vedlejší bylo označeno 10 definujících charakteristik: obtíže v dokončování požadovaných úkolů; obtíže se sledováním příjemce péče v průběhu nemoci; obtíže ve vykonávání požadovaných úkolů; vysoký krevní

tlak; kardiovaskulární onemocnění; somatizace; frustrace; depresivní nálada; porušený spánek; stres (Kolegarová, Zeleníková, 2011, s. 283).

Výsledky výzkumů Do Kyunga et al. (2015, s. 224) a Moshera et al. (2013, s.53) potvrzují, že pečování má negativní vliv na fyzické zdraví pečovatelů a pečovatelé trpí v důsledku poskytování péče v mnoha oblastech fyzického zdraví. Ornstein a Gaugler (2012, s. 1537) uvádí, že změny chování pečovaného zvyšují zátěž pečovatele. Pečovatel je nejvíce ovlivněn projevy deprese, agrese a poruchami spánku pečovaného. Jak uvádí Holeková (2002), následkem dlouhodobé chronické zátěže vzniká syndrom vyhoření. Jedlinská, Hlúbik a Levová (2009, s. 33) realizovali měření psychické zátěže, pro které byl použit BM dotazník. Syndrom vyhoření byl zjištěn u 30 %. Tyto výsledky výzkumu potvrzují vliv zátěže na vznik syndromu vyhoření a shodují se s výsledky našeho výzkumu. Z celkového souboru 50 respondentů v našem výzkumu byl syndrom vyhoření prokázán u 50% pečujících. Truzzi et al. (2012) potvrzují vysokou míru emočního vyčerpání u 42 % pečujících. Depersonalizace byla zjištěna u 23 % pečujících. Jedlinská, Hlúbik, Levová (2009, s. 33) uvádí, že mezi nejrizikovější faktory syndromu vyhoření, které byly ve výzkumu odhaleny, byla závažnost zdravotního stavu pečovaného. V našem výzkumu byl potvrzen signifikantní pozitivní vztah mezi chováním pacienta a syndromem vyhoření. Projevy chování pečovaného se zhoršují vlivem změny jeho zdravotního stavu, což zvyšuje míru syndromu vyhoření pečovatele.

V našem výzkumu byl zjištěn pozitivní vztah mezi syndromem vyhoření a finanční zátěží. Čím je více pečování finančně zatěžující, tím je větší míra syndromu vyhoření pečovatele. Zvěřová (2011, s.308) uvádí, že pečovatelé finančně strádají kvůli ztrátě zaměstnání, ztrátě příjmu nemocného, ale i v souvislosti s poskytováním péče. Z publikovaných výsledků výzkumu Ježorské, Vévody, Chrastiny (2014, s.14) vyplývá, že nedostatečná saturace v oblasti financí není hlavní příčinou syndromu vyhoření. Teprve až pečující vyhoří, finance se pro něj stávají motivačním faktorem. V námi realizovaném výzkumu nebyl potvrzen vztah mezi délkou pečování a mírou zátěže a syndromu vyhoření. Průměrná doba pečování o blízkého příbuzného v našem výzkumu byla pět let. Jedlinská, Hlúbik, Levová (2009, s. 33) zjistili, že rizikový faktor pro vznik nadměrné psychické zátěže je délka vykonávané role pečovatele. Pečovatelé v tomto výzkumu pečovali déle než 1 rok po dobu více než 8 hodin denně. Šerfelová, Hladeková (2010, s. 90) potvrzují vyšší míru zátěže u respondentů s délkou péče nad 3 roky. Tew (2013) uvádí výsledky výzkumu u pečovatelů s průměrnou délkou péče 4 roky. Nižší úroveň kvality života koreluje s větší délkou trvání nemoci, s větší délkou poskytování péče. Ve výzkumu Brenera et al. (2015, s. 1459) bylo zjištěno, že čím je poskytování péče časově náročnější, tím více si snižuje pocit psychické pohody a celkového zdraví pečujících.

Závěr

Výzkum prokázal existenci vztahu mezi mírou zátěže pečovatele a syndromem vyhoření. Výsledky výzkumu tak poukazují na potřebu zlepšení prevence zátěže a syndromu vyhoření rodinných pečujících. Bylo by vhodné se zaměřit na identifikaci konkrétních zátěžových faktorů u rodinných pečujících.

Bártlová (2006, s. 238) uvádí, že doplňkové služby a respitní péče není využívána z důvodů nedostatečné informovanosti pečovatelů. V zahraničí se stává edukace rodiny významnou činností zdravotnických a jiných pracovníků, přicházejících do kontaktu s pečovateli v terénu.

„Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“ si klade za cíl zvýšit informovanost neformálních pečujících v rámci péče o své blízké vytvořením podmínek pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k péči o své rodiče. http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akni_plan_staruti_.pdf.

Bibliografické odkazy

- BÁRTLOVÁ, S. Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt*. 2006;8(2):235-239.
- BREMER, P. et al. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*. 2015, 119:1459–1471.
- DO KYUNG Y. Informal care and caregiver's health. *Health Economics*. 2015, 24: 224–237.
- HOLEKSOVÁ, T. *Ležící člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
- JEDLINSKÁ, M., HLÚBIK, P., LEVOVÁ, J. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. [online]. *Profese on-line*. 2009, roč. II, č. 1, s. 27-38. [cit. 2016-15-03]. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/>
- JEŽORSKÁ, Š., VÉVODA, J., CHRASTINA, J. Motivace sester a syndrom vyhoření – existuje souvislost? [online]. *Profese on-line*. 2014, 7(1):9-15. [cit. 2016-15-03]. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/>
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. : Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*. 1998; 42, 1998:429-448.
- KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Data a výzkum – SDA Info 2013, 7(2):107-123. Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha 2013. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.13060/23362391.2013.127.2.39\(c\)](http://dx.doi.org/10.13060/23362391.2013.127.2.39(c))
- KOLEGAROVÁ, V., ZELENIKOVÁ, R. Hodnocení definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy přetížení pečovatele. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, 2(4):282-287.
- KUPKA, M. *Paliativní péče a syndrom vyhoření*. [online]. E-psychologie. 2008, 2(1):23-35. [cit. 2016-16-07]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/clanek/11>
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Odbor rodinné politiky a politiky stárnutí. [online]. Poslední revize 4. 11. 2015 [cit. 2016-16-07]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. [online]. [cit. 2016-16-07]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf
- MOSHER C. et al. Physical Health, Mental Health, and Life Changes Among Family Caregivers of Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2013, 40 (1):53-61.
- NANDA International NURSING DIAGNOSES: *Definition & Classification 2009–2011*. 1st ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009. 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3.
- NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: *Definice & klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8..
- ORNSTEIN, C., GAUGLER, J. The problem with problem behaviors: a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *International Psychogeriatrics*. 2012, 24 (10):1536-1552.
- PINES, A. M., ARONSON, E. *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press, 1988.
- ROBINSON, B. c. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal Gerontologist*. 1983, 38(3):344-348.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. Perspektiva seniorů v České republice a ve vybraných zemích EU. *Demografie*. 2006 48 (4): 252-256.

SALLY W. Ch. Family caregiving in dementia: The Asian Perspective of a Global Problem. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2010, 30:469-478.

SULLIVAN TM. Caregiver Strain Index CSI. 2002. Retrieved March 13, 2007, from the *Hartford Institute of Geriatric Nursing*. Dostupné z: [http. // www. Geronurseonline.org/](http://www.Geronurseonline.org/)

ŠERFELOVÁ, R., HLADEKOVÁ, B. Zátěž opatrovatele v procese starostlivosti o chronicky chorého. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2010, 1(3):89-92.

ŠERFELOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K. Kvalita života opatrovatele v procese starostlivosti o zomierajúceho. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2011, 2(1):152-156.

TEW, E. H., NAISMITH, S. L., PEREIRA, M. The Contribution of Personality traits. *BioMed Research International*. 2013.

TRUZZI, A. et al. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012, 34(4).

ZVĚŘOVÁ, M. Alzheimerova demence a zátěž pečovatele. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2010. 106(5): 307-309.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Radka Kozáková
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 5
Olomouc 775 15
radka.kozakova@upol.cz

VÝSKYT, FORMY A PSYCHICKÉ SOUVISLOSTI MOBBINGU U VŠEOBECNÝCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICE (E-POSTER)

MOBBING OF NURSES: INCIDENCE, FORMS AND PSYCHOLOGICAL CONCOMITANTS IN THE CZECH REPUBLIC

Radka Kozáková, Radka Bužgová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstract

Cíl: Hlavním cílem výzkumu bylo identifikovat výskyt mobbingu u všeobecných sester, zjistit nejčastější formy mobbingu a identifikovat jakým způsobem se mobbing promítá na psychiku pracovníků.

Metody: Měření probíhalo mezi sestrami Moravskoslezského kraje v období od září 2014 do ledna 2015. Výzkumný soubor byl sestaven z 456 všeobecných sester. Pro sběr empirických údajů byly využity dva dotazníky doplněné o demografické údaje. Jednalo se Dotazník negativního jednání na pracovišti (NAQ) a Dotazník struktury a dynamiky subjektivních prožitků a stavů (SUPSO). Statistická analýza byla provedena softwarem SPSS verze 17.0. Testování významnosti rozdílů jsme zjišťovali prostřednictvím Kruskal-Wallisova testu, Mann-Whitneova U testu a pomocí Spearmanovy korelační analýzy.

Výsledky: Z našich výsledků vyplývá, že celkem 14,3 % dotázaných respondentů má zkušenost s mobbingem na pracovišti během posledních 6 měsíců. K nejčastějším formám mobbingu mezi všeobecnými sestrami patří: vystavení nezvladatelnému množství práce, šíření pomluv a fám, vykonávání práce pod úroveň kompetence a nežádat o něco, na co má pracovník nárok. V našem šetření byly zjištěny statisticky významné rozdíly ve výskytu mobbingu z hlediska sektoru zaměstnání, ale nebyly zjištěny statisticky významné korelace mezi výskytem mobbingu a stupněm dosaženého vzdělání, věkem a ani délkou zaměstnání. Z hlediska psychických důsledků mobbingu jsme našli významné vztahy především ke sklíčenosti ($r = 0,411$), depresi ($r = 0,355$) a úzkosti ($r = 0,327$).

Závěr: Výsledky potvrdily, že se mobbing mezi všeobecnými sestrami vyskytuje. Mezi nejčastější formy mobbingu sestry uváděly, že byly vystaveny nezvladatelnému množství práce, šíření pomluv a fám, vykonávání práce pod úroveň kompetence a nežádání o něco, na co má pracovník nárok. Výskyt mobbingu se lišil v závislosti na sektoru zaměstnání, přičemž sester v neziskovém sektoru se týkal mobbing častěji. Vystavení mobbingu bylo u sester spojeno s přítomností smutku, deprese a úzkosti.

Klíčová slova: mobbing, všeobecná sestra, psychické důsledky

Abstract

Aim: The main objectives of the study were to assess the prevalence of mobbing in general nurses in the Czech Republic, identify the most common forms of mobbing and determine how mobbing affects employee mental health.

Methods: Data were collected from nurses in the Moravian-Silesian Region, Czech Republic, from September 2014 to January 2015. The sample comprised 456 general nurses. Empirical data were collected using two questionnaires and a demographic data form. The two instruments were the Negative Acts Questionnaire (NAQ) and SUPSO, a questionnaire for assessing the structure and dynamics of subjective experiences and states. Data were statistically analyzed using the statistical software package SPSS version 17.0. The significance of differences was determined by the Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, and Spearman's correlation analysis.

Results: A total of 14.3% of the respondents stated that they had been subjected to workplace mobbing in the previous six months. The most frequent forms of mobbing in this population

were being exposed to unmanageable workload, spreading of gossip and rumors, being ordered to do work below one's level of competence, and pressure not to claim something which by right workers are entitled to. The study found statistically significant differences in the prevalence of mobbing with respect to the employment sector but no statistically significant correlations between mobbing and the level of education, age or length of service. As for the psychological consequences of mobbing, there were statistically significant associations between mobbing and sadness ($r = 0.411$), depression ($r = 0.355$) and anxiety ($r = 0.327$).

Conclusion: This is one of the first studies using a large sample to investigate mobbing and its effects on the mental state of Czech nurses. The results confirmed that mobbing was present in Czech nurses. The most frequent forms of mobbing in this population were being exposed to unmanageable workload, spreading of gossip and rumors, being ordered to do work below one's level of competence, and pressure not to claim something which by right workers are entitled to. The rates of mobbing differed as a function of the employment sector, with nurses in the non-profit sector being most affected. In the sample, mobbing was not influenced by the level of education, age or length of service. In nurses, exposure to mobbing was associated with the presence of sadness, depression and anxiety.

Key words: mobbing, general nurse, psychological consequences

Kontaktní adresa autora:

PhDr. Radka Kozáková, Ph.D.

UOM LF OU

Syllabova 19

703 00 Ostrava

radka.kozakova@osu.cz

INTERVENCE BĚHEM PORODU A PORODNÍ PORANĚNÍ - EVIDENCE BASED PRACTICE

INTERVENTIONS DURING CHILDBIRTH AND PERINEAL TRAUMA – EVIDENCE BASED PRACTICE

Petra Kramná, Yvetta Vrublová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Cíl: Cílem bylo vyhledat odborné zdroje týkající se intervencí ve druhé době porodní (masáž hráze, aplikace teplých obkladů a technika „hands on“) a zhodnotit jejich vliv na výskyt poranění hráze.

Metody: K vyhledávání literárních zdrojů byly využity elektronické databáze Cinahl, Medline a Pub Med. Byly vyhledávány studie publikované mezi léty 2006 – 2016 v českém nebo anglickém jazyce. Při vyhledávání byla zadána klíčová slova: porod, porodní poranění, epiziotomie, masáž hráze, teplé obklady a technika hands on. Byly dohledány 2 metaanalýzy, 2 systematické přehledy a 8 randomizovaných kontrolovaných studií.

Výsledky: Na základě vyhledaných článků bylo zjištěno, že aplikace teplých obkladů a masáž hráze prokazatelně snižují riziko poranění análního svěrače, ale nesnižují výskyt spontánních poranění a epiziotomií. Metoda „hands on“, používaná při prořezávání hlavičky plodu, zvyšuje počet epiziotomií, ale není zcela jasné, zda ovlivňuje také výskyt spontánních ruptur hráze.

Závěr: Významné snížení rozsáhlých poranění hráze bylo potvrzeno pouze při provádění masáže hráze a aplikace teplých obkladů během druhé doby porodní.

Klíčová slova: porod, porodní poranění, epiziotomie, masáž hráze, teplé obklady, technika hands on

Abstract

Aim: The aim was to find professional resources about the interventions during second stage of labour (perineal massage, warm compresses and „hands on“ technique) and to evaluate the effect on the incidence of perineal trauma.

Methods: The electronic databases Cinahl, Medline a PubMed were used for the search. The search was made in the studies published between 2006 and 2016 in Czech or English languages. These keywords were used: childbirth, perineal outcomes, episiotomy, perineal massage, warm compresses a hands on technique. Two meta-analysis, two systematic reviews and eight randomised control trials were found.

Results: On the basis of the searched articles, it was found, that the application of warm pressures and perineal massage provably reduce the risk of anal sphincter injury, but do not reduce the rate of the perineal tears and episiotomy. The method of "hands on", used when the fetal is crowning, increases the rate of the episiotomies, but it is not clear whether it affects the incidence of spontaneous perineal tear.

Conclusion: The significant reduction of the large perineal tears was confirmed only for use the perineal massage and application of warm compresses during the second stage of labour.

Key words: childbirth, perineal lacerations, episiotomy, perineal massage, warm compresses, hands on technique

Úvod

Poranění hráze se vyskytují až u 85 % vaginálních porodů (McCandlish et al., 1998, s. 1267). Mezi porodní poranění perinea patří spontánní ruptury hráze, epiziotomie nebo výskyt obou poranění současně (Renfrew et al., 1998, s. 143). Spontánní ruptury hráze jsou ve světě nejčastěji klasifikovány pomocí čtyř stupňů. Při prvním stupni je zasažena pouze kůže na hrázi,

při druhém svaly. U třetího stupně dochází k poranění komplexu análního svěrače a u čtvrtého stupně je poškozen zevní i vnitřní anální svěrač s mukózou rekta (RCOG, 2007, s. 5-6). Porodní poranění mohou vést u ženy k řadě krátkodobých nebo dlouhodobých problémů. Mezi krátkodobé problémy patří například potřeba ošetření suturou, krvácení nebo bolest hráze. Mezi dlouhodobé se pak řadí močová a fekální inkontinence nebo problémy v sexuálním životě (Renfrew et al., 1998, s. 144; Albers et al., 2006, s. 94). Obávané jsou především rozsáhlé ruptury hráze, kdy se u žen v 30-50 % rozvine fekální inkontinence (Kališ, et al., 2003, s. 33; Starck, Bohe, Valentin, 2003, s. 609; Poen et al., 1998, s. 1435), přestože bezprostředně po porodu je poranění ošetřeno. Tyto problémy mohou u ženy přetrvávat i několik let (Haadem, Gudmundsson 1997, s. 602; De Leeuw et al., 2001, s. 832, Poen et al., 1998, s. 1435).

Existuje řada metod, kterými se porodní asistentky a porodníci snaží zredukovat výskyt poranění hráze. Mezi základní techniky patří masáž hráze a aplikace teplých obkladů a metoda „hands on“ využívaná při prořezávání a porodu hlavičky dítěte (Bulchandani et al., 2015, s. 1158).

Při aplikaci teplých obkladů se ženě jemně přikládá na hráz sterilní vložka namočená v teplé vodě o teplotě 45 – 59°C. S aplikací se obvykle začíná, když hlavička plodu začne roztahovat hráz a žena v této oblasti vnímá napínání (Dahlen et al., 2007, s. 284).

Masáž hráze je během porodu prováděna druhou osobou, nejčastěji porodní asistentkou. Žena leží na zádech. Porodní asistentka si nasadí rukavice, dva prsty si zvlhčí lubrikantem a zavede je rodící ženě 2-3 cm hluboko do pochvy. Prsty vytváří tlak na poševní stěny (Damirel, Golbasi, 2015, s. 184).

Při prořezávání hlavičky dítěte, může porodní asistentka provádět také tlak na hlavičku plodu, aby ji udržela ve zvýšené flexi, zabránila rychlému porodu hlavičky a ochránila tak hráz. K porodu ramének využívá laterální flexi. Tato metoda se nazývá „hands on“. Naproti tomu při metodě „hands off“ se porodní asistentka hlavičky a hráze vůbec nedotýká, nebo má pouze ruce přichystané („hands poised“), v případě, že by došlo k rychlému prořezání hlavičky plodu. Při těchto dvou technikách se raménka dítěte rodí spontánně (McCandlish et al., 1998, s. 1263; Petrocnik et al., 2015, s. 275).

Cíl

Cílem bylo vyhledat poznatky týkající se intervencí ve druhé době porodní (masáž hráze, aplikace teplých obkladů a technika „hands on“) a zhodnotit jejich vliv na výskyt poranění hráze.

Metodika

Byly vybrány tři techniky, které mohou být během druhé doby porodní používány ke snížení poranění hráze - masáž hráze, teplé obklady hráze a techniky využívané při prořezávání hlavičky. U těchto intervencí byla vždy porovnávána varianta, která je u porodu považována za běžnou s metodou alternativní. Masáž hráze a aplikace teplých obkladů byla porovnávána se standardní péčí (bez této intervence) a metoda „hands on“ s metodou „hands poised“ nebo „hands off“.

Účinnost technik byla hodnocena podle přítomnosti a rozsahu porodního poranění hráze (hráze bez poranění = intaktní hráz, epiziotomie, spontánní ruptury 1. až 4. stupně).

K vyhledávání byly využity databáze Pub Med, Cinahl, Medline. Bylo použito rozšířené vyhledávání pomocí Booleovských operátorů OR a AND samostatně pro každou stanovenou intervenci. Při vyhledávání byla použita tato klíčová slova: porod, porodní poranění, epiziotomie, masáž hráze, teplé obklady a technika hands on. Vyhledávací období bylo stanoveno v rozmezí leden 2006 až březen 2016. Vybrány byly literární zdroje v českém a anglickém jazyce s dohledatelným plnotextem. Úroveň důkazů byla posuzována podle

hierarchii důkazů pro intervence (Melnik, Fineout-Overhold, 2011, s. 12). Zařazeny byly zdroje, které odpovídaly úrovni důkazů I - IV. (I – systematické přehledy, metaanalýzy, II – randomizované kontrolované studie, III – kontrolované studie bez randomizace, IV – kohortové studie, studie případů a kontrol). Na základě zadaných kritérií byly dohledány 2 metaanalýzy, 2 systematické přehledy a 8 randomizovaných kontrolovaných studií.

Výsledky

Masáž hráze

Byly dohledány čtyři randomizované kontrolované studie a jedna metaanalýza (tab. 1). Tyto studie porovnávaly výskyt a rozsah porodního poranění mezi skupinou žen, u kterých byla provedena masáž hráze a těmi, které měly standardní péče či metodu „hands off“.

Podle metaanalýzy autorů Aaeshim et al. (2011, s. 39) masáž hráze významně snižuje ruptury 3. a 4. stupně, ale nesnižuje celkový počet poranění hráze. Ze čtyř randomizovaných studií (Damirel, Golbasi 2015, s. 185; Zare, Pasha, Faramarzi, 2014, s. 13; Karaçam, Ekmen, Çalişir, 2012, s. 79; Geranmayeh et al., 2012, s. 79), bylo pouze v jedné (Geranmayeh et al., 2012, s. 79) prokázáno, že provádění masáže redukuje výskyt spontánních poranění perinea.

Není zcela jasné, zda masáž hráze významně snižuje počty epiziotomií. Podle metaanalýzy autorů Aaeshim et al. (2011, s. 39) počet epiziotomií se významně neliší od standardní péče nebo metody „hands off“. Výsledky randomizovaných studií nepřinášejí jednotné výsledky. Snižování počtu epiziotomií při provádění masáže hráze bylo prokázáno ve dvou studiích (Damirel, Golbasi, 2015, s. 185; Geranmayeh et al., 2012, s. 79), ale v dalších dvou potvrzené nebylo (Zare, Pasha, Faramarzi, 2014, s. 13; Karaçam, Ekmen, Çalişir, 2012, s. 79). Podle autorů Karaçam, Ekmen, Çalişir (2012, s. 79) masáž hráze nesnižuje obecně počet epiziotomií, ale redukuje případy, kdy se spontánní poranění hráze vyskytuje společně s epiziotomií.

Tab. 1 Masáž hráze vs. standardní péče/metody „hands off“

Autor (rok)	Velikost souboru	Výsledky	Závěr	Typ studie	Úroveň důkazu
Aaeshim et al. (2011)	651 (8 RCT)	Masáž hráze vs. „hands off“ technika/standardní péče Bez poranění hráze (2 studie; 2147 respondentek) RR 1.04; 95% CI 0.90, 1.20; p = 0,61 Epiziotomie (2 studie; 2147 respondentek) OR 1.42; 95% CI 0.42, 4.87; p = 0,57 Ruptury hráze III. a IV. stupně (2 studie, 2147 respondentek) RR 0.52; 95% CI 0.29-0.94; p = 0,032	Masáž hráze snižuje riziko ruptury hráze 3. a 4. stupně	Systematický přehled, metaanalýza	1
Damirel, Golbasi (2015)	284 Masáž hráze (n = 142) Standardní péče (n = 142)	Masáž hráze vs. standardní péče Epiziotomie 31,0 % vs. 69,7 % (p = 0,0001) Spontánní ruptury 9,2 vs. 4,2 % (p = 0,096)	Masáž hráze snižuje výskyt epiziotomií	RCT	2
Zare, Pasha, Faramarzi (2014)	145 Masáž hráze (n = 45) Standardní péče (n = 100)	Masáž hráze vs. standardní péče Bez poranění hráze 22,2 % vs. 20,2% (p = NS) Epiziotomie 44,4 % vs. 49,3 % (p = NS)	Masáž hráze nesnižuje výskyt porodního poranění hráze	RCT	2

			Ruptury hráze 33,3 % vs. 28,3 % (p = NS) 1. stupeň 33,3% vs. 28,3% (p = NS) 2. stupeň 0 % vs. 0 % (p = NS) 3. stupeň 0 % vs. 0 % (p = NS) 4. stupeň 0 % vs. 0 % (p = NS)			
Geranmayeh et al. (2012)	90 Masáž hráze (n = 45) Standardní péče (n = 45)	Masáž hráze vs. standardní péče Výskyt poranění (p = 0,004) Poranění hráze 73 % vs. 96 % Bez poranění hráze 27 % vs. 4 % Typ poranění hráze (p < 0,001) Ruptura 1. stupně 15 % vs. 9 % Ruptura 2. stupně 10 % vs. 2 % Epiziotomie 45 % vs. 88 %	Masáž hráze snižuje výskyt porodního poranění a epiziotomií	RCT	2	
Karaçam, Ekmen, Çalişir (2012)	396 Masáž hráze (n = 198) Bez masáže (n = 198)	Masáž hráze vs. bez masáže hráze Epiziotomie 52,0 % vs. 60,6 %; p = 0,085 Epiziotomie a ruptury 7,6 % vs. 15,7 %; p = 0,012 Bez poranění hráze 3,5 % vs. 3,5 %; p = 1,0 Spontánní ruptury 44,4 % vs. 35,9 %; p = 0,51 1. stupeň 42,9 % vs. 35,9 %; p = 0,150 2. stupeň 4,6 % vs. 3,5 %; p = 0,610	Masáž nesnižuje výskyt porodních poranění, ale snižuje výskyt epiziotomií společně s rupturami	RCT	2	

RCT = randomizovaná kontrolovaná studie

Aplikace teplých obkladů

Vliv teplých obkladů na výsledky porodního poranění hodnotila jedna randomizovaná kontrolovaná studie a jedna metaanalýza (tab. 2). Snížení výskytu poranění análního svěrače, při provádění masáže, bylo potvrzeno v obou studiích (Aaeshim et al., 2011, s. 36-37; Dahlen et al., 2007, s. 287). Obecné snížení výskytu spontánních poranění a epiziotomií však prokázáno nebylo.

Tab. 2 Teplé obklady vs. metoda „hands off“/bez obkladů

Autor (rok)	Velikost souboru	Výsledky	Závěr	Typ studie	Úroveň důkazu
Aasheim et al. (2011)	651 (8 RCT)	Teplé obklady vs. metoda „hands off“/ bez obkladu Bez poranění hráze (2 studie, 1525 respondentek) RR 1.05; 95% CI 0.86, 1.26; p = 0,65 Epiziotomie (2 studie, 1525 respondentek) RR 0.93; 95 % CI 0.62, 1.39; p = 0,71 Ruptury hráze III. a IV. stupně (2 studie, 1525 respondentek) RR 0.48; 95 % CI 0.28, 0.84; p = 0.0094	Teplé obklady snižují výskyt poranění análního svěrače	Systematický přehled, metaanalýza	1

Dahlen et al. (2007)	717 Teplé obklady (n = 360) Klasická péče (n = 357)	Teplé obklady vs. klasická péče (bez obkladu) Poranění ošetřeno suturou 78,6 % vs. 79,9 %; OR 1,0; 95% CI 0.69–1.47 Malé poranění (žádné, ruptura I. stupně, trhliny labií nebo pochvy) 41,4 % vs. 40,4 %; OR 1.04; 95% CI 0.78–1.41 Velké poranění (ruptury II., III., IV. stupně) 58,6 % vs. 59,6 % Epiziotomie 10,8 % vs. 11,5 %; OR 0.94; 95% CI 0.59–1.5 Ruptury hráze III. a IV. stupně 4,2 % vs. 8,7 %; OR 2.16; 95% CI 1.15–4.10; p = 0,02	Teplé obklady snižují výskyt poranění análního svěrače	RCT	2
----------------------	---	---	--	-----	---

RCT = randomizovaná kontrolovaná studie

Metody používané při prořezávání hlavičky

Bylo dohledáno celkem 7 studií (2 metaanalýza, 2 systematické přehledy a 3 randomizované studie), které porovnávaly metodu „hands on“ a metodu „hands off“ nebo „hands poised“ (tab. 4).

Šest literárních zdrojů (Bulchandani et al., 2015, s. 1160; Aasheim et al., 2011, s. 34; Petrocnik et al., 2015, s. 277-278; Kettle, Tohill, 2007, s. 8-9; Rezaei et al., 2014, s. 428; Foroughipour et al., 2011, s. 1043) hodnotilo, zda má metoda „hands on“ vliv na výskyt epiziotomií. Ve všech studiích byl zjištěn významně vyšší výskyt epiziotomií při využití metody „hands on“ v porovnání s metodou „hands poised“ nebo „hands off“.

Žádná ze studií neprokázala, že by metoda „hands on“ obecně zvyšovala počty spontánních poranění, především ruptur hráze 1. a 2. stupně.

Není zcela jasné, zda metoda „hands on“ ovlivňuje výskyt poranění análního svěrače. Podle metaanalýzy z randomizovaných kontrolovaných studií (Aasheim et al., 2011, s. 34), metoda „hands on“ nemá vliv na výskyt poranění análního svěrače. Metaanalýza autorů Bulchandani et al. (2015, s. 1160) byla rozdělená na dvě části. Metaanalýza z randomizovaných studií neprokázala vliv metody na poranění análního svěrače, ale podle metatanalýzy z nerandomizovaných studií metoda „hands on“ výrazně redukuje poranění análního svěrače. Také systematické přehledy a randomizované studie nepřinesly jednotný názor. Podle autorů Petrocnik et al. (2015, s. 277-278) metoda „hands on“ zvyšuje riziko poranění svěrače, ale podle Kettle, Tohill (2007, s. 8-9) to nelze s jistotou potvrdit. V randomizované studii autorů Rezaei et al. (2014, s. 428) byl vyšší výskyt ruptur 3. stupně při používání metody „hands on“, ale ve studii Foroughipour et al. (2011, s. 1043) významný rozdíl prokázán nebyl.

Tab. 3 Metoda „hands on“ vs. metoda „hands off“/poised“

Autor (rok)	Velikost souboru	Výsledky	Závěr	Typ studie	Úroveň důkazu
Bulchandani et al. (2015)	60 105 (5 RCT, 7 NRS)	Metoda „hands on“ vs. „hands off“/poised“ - <i>RCT studie</i> Bez poranění hráze (5 studií; 6783 respondentek) RR 0.98 95 % CI 0.87 - 1.11; p = 0,78 Poranění análního svěrače (4 studie, 6717 respondentek) RR 1.03; 95 % CI 0.32 - 3.36; p = 0,96 Ruptura hráze I. a II. stupně (5 studií, 6783 respondentek) RR 1.00; 95% CI 0.90 - 1.11; p = 1,0 Epiziotomie (3 studie, 6647 respondentek) RR 1,62; 95 % CI 1.16 - 2.26; p = 0,004 Metoda „hands on“ vs. „hands off“/poised“ - <i>NRS studie</i> Poranění análního svěrače (3 studie, 59885 respondentek) RR 0.45; 95% CI 0.40 - 0.50; p < 0.00001 Epiziotomie (2 studie, 71 861 respondentek) RR 1.20; 95% CI 0.67 - 2.15; p = 0,53	RCT studie neprokázaly vliv metody „hands on“ na výskyt spontánních poranění, prokázaly vyšší výskyt epiziotomií NRS studie poukazují na výrazné snížení poranění análního svěrače při metodě „hands on“.	Systematický přehled, metaanalýza	1
Aasheim et al. (2011)	11 651 (8 RCT)	Metoda „hands off“ vs. „hands on“ Bez poranění hráze (2 studie, 6547 respondentek) RR 1.03; 95 % CI 0.95 - 1.12; p = 0.46 Epiziotomie (2 studie; 6547 respondentek) RR 0,69; 95 % CI 0,50-0,96; p = 0.027 Ruptury hráze III. a IV. stupně (3 studie; 6617 respondentek) RR 0.73; 95 % CI 0.21 - 2.56; p = 0,63	Metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií	Systematický přehled, metaanalýza	1
Petrocnik et al. (2015)	4 099 (2 RCT, 2 quasi-exp. studie, 1 observační studie)	Metoda „hands on“ vs. „hands off“/poised“ Poranění hráze (5 studií, 4099 respondentek) metoda „hands on“ zvyšuje výskyt poranění análního svěrače Epiziotomie (2 studie, 1176 respondentek) metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií v porovnání s metodou „hands - off)	Metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií, poranění análního svěrače	Systematický přehled	1

Kettle, Tohill (2007)	6632 (1 RCT, 1 kvazi-RCT)	Metoda „hands on“ vs. „hands poised“ Epiziotomie (2 studie; 6632 respondentek) metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií Poranění vyžadující suturu (1 studie; 5471 žen) metoda „hands on“ se neliší ve výskytu sutur od metody „hand off“ Poranění análního svěrače (2 studie; 6632 respondentek) nelze jednoznačně určit, zda metoda „hands on“ má vliv na poranění análního svěrače	Metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií	Systematický přehled	1
Rezaei et al. (2014)	600 Hands on (n = 300) Hands off (n = 300)	Metoda „hands on“ vs. „hands off“ Epiziotomie 12,7 % vs. 5,7 % (p = 0,003) Ruptura hráze 49,0 % vs. 47,9 % (p = 0,74) 1. stupeň 17,3 % vs. 22,0 % (p = 0,17) 2. stupeň 4,7 % vs. 4,0 % (p = 0,34) 3. stupeň 2,7 % vs. 0,3 % (p = 0,01)	Metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií a ruptury hráze 3. stupně	RCT	2
Foroughipour et al. (2011)	100 Hands on (n = 50) Hands off (n = 50)	Metoda „hands on“ vs. „hands off“ Epiziotomie 84 % vs. 40 % (p = 0,001) Ruptura hráze Bez ruptury 52 % vs. 38 % (p = NS) 1. stupeň 22 % vs. 34 % (p = NS) 2. stupeň 22 % vs. 26 % (p = NS) 3. stupeň 0 % vs. 6 % (p = NS)	Metoda „hands on“ zvyšuje výskyt epiziotomií	RCT	2
da Costa et al. (2006)	70 Hands on (n = 35) Hands off (n = 35)	Metoda „hands on“ vs. „hands off“ Trhliny hráze 80,0 % vs. 82,28% (p = 0,76) Stupeň ruptury (p = 1,0) 1. stupeň 82,2 % vs. 82,7 % 2. stupeň 17,8 % vs. 17,3 %	Techniky se neliší ve výskytu spontánního poranění hráze	RCT	2

2 quasi-exp. = kvazi-experimentální studie; kvazi-RCT = kvazi-randomizovaná kontrolovaná studie; RCT = randomizovaná kontrolovaná studie

Diskuze

Většina vaginálních porodů je provázána poraněním hráze (McCandlish et al., 1998, s. 1267; Albers et al., 2005, s. 367). Porodní poranění může během porodu vzniknout spontánně nebo může být ženě během druhé doby porodní provedena epiziotomie. Ve světě se počty epiziotomií výrazně liší. V některých zemích má nástřih hráze jen 10 % rodiček, v některých zemích až 90 % (Jovanovic, Kocijancic, Terzic, 2011, s. 885). Světová zdravotnická organizace už v roce 1996 doporučila, aby se počet epiziotomií pohyboval kolem 10 % všech porodů (WHO, 1996, s. 29). V České republice je toto procento ale stále více jak trojnásobné (ÚZIS, 2015, s. 83).

Jelikož porodní poranění mohou u ženy způsobit problémy trvající i několik let, snahou porodních asistentek a porodníků je minimalizovat výskyt poranění pomocí různých intervencí. V tomto příspěvku jsme se snažili dohledat relevantní literární zdroje a zhodnotit, zda masáž hráze, aplikace obkladů a metoda „hands on“ snižují počty porodních poranění hráze.

Jednoznačně pozitivní vliv byl prokázán při provádění masáže hráze a aplikace teplých obkladů během druhé doby porodní. Tyto dvě intervence významně snižují výskyt rozsáhlých porodních poranění, ale neovlivňují celkový počet spontánních ruptur hráze a epiziotomií. Přesto tyto intervence bývají v České republice využívány spíše výjimečně. Metoda „hands on“, která se rutinně využívá při porodu hlavičky a ramének dítěte, zvyšuje výskyt epiziotomií. Na druhou stranu není u této metody jednoznačně prokázáno, že redukuje výskyt spontánních ruptur hráze. Bulchandani et al. (2015, s. 1157-1165) provedl metaanalýzu z nerandomizovaných kontrolovaných studií. Zkoumaný soubor obsahovat téměř 60 000 účastnic. Zjistili, že metoda „hands on“ signifikantně snižuje výskyt poranění análního svěrače. Metaanalýzy z randomizovaných studií (Bulchandani et al., s. s. 1160; Aasheim et al., 2011, s. 34) však neprokázaly vliv metody „hands on“ na výskyt spontánní ruptur hráze. Podle výsledků systemického přehledu (Petrocnik et al., 2015, s. 277-278) a randomizované studie (Rezaei et al., 2014, s. 428) tato metoda nezvyšuje jen epiziotomie, ale také zvyšuje riziko poranění análního svěrače.

Závěr

Podle prozkoumaných odborných zdrojů lze konstatovat, že masáž hráze a aplikace teplých obkladů prokazatelně snižují výskyt rozsáhlých porodních poranění hráze. Při využívání metody „hands on“ se zvyšuje počet epiziotomií, ale nebylo jasně prokázáno, že by metoda snižovala výskyt ruptur hráze. V praxi by tedy k redukci poranění měla být preferována masáž hráze a aplikace teplých obkladů.

Bibliografické odkazy

- AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 1996, 2011. 45 s.
- ALBERS, L. L. et al. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006;33(2):94-100.
- ALBERS, L. L. et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2005;50(5):365–372.
- BULCHANDANI, S. et al. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015;122(9):1157-1165.
- Care in normal birth: a practical guide*. Report of a technical working group. [online]. WHO: Division of family health maternal health and safe motherhood, 1996. 58 s. [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1.
- DA COSTA, A., RIESCO, M., G. A Comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006;51(2):106-111.
- DAHLEN, H. G. et al. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth*. 2007;34(4):282-290.
- DAMIREL, G., GOLBASI, Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;131(2):183-186.
- DE LEEUW, J. W. et al. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001;80(9):830-834.

FOROUGHPOUR, A. et al. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2011;16(8):1040-1046.

GERANMAYEH, M. et al. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012;285(1):77-81.

HAADEM, K., GUDMUNDSSON, S. Can women with intrapartum rupture of anal sphincter still suffer after-effects two decades later? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997;76(6):601-603.

JOVANOVIC, N. S., KOCIJANCIC, D. M., TERZIC, M., M. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? *Central European Journal of Medicine*. 2011;8(8):685-690.

KALIŠ, V. et al. 3. stupně a/nebo anální inkontinence po prvním porodu: Riziko a management druhé gravidity. *Praktická gynekologie*. 2003;6(1):33-36.

KARAÇAM, Z., EKMEK, H., ÇALIŞIR, H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum perineal outcomes. *Health Care for Women International*. 2012;33(8):697-718.

KETTLE, C., TOHILL, S. Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*. September 2008; 1401.

McCANDLISH, R. et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1998;105(12):1262-1272.

MELNYK, B. M., FINEOUT-OVERHOLD, E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare*. Wolters Kluwer Health, 2011. 599 s. ISBN 978-1-1-60547-778-7.

PETROCNIK, P., MARSHALL, J. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*. 2015;31(2):274-279.

POEN, A. C. et al. Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *The British Journal Of Surgery*. 1998;85(10):1433-1438.

RENFREW, M. J. et al. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*. 1998;25(3):143-160.

REZAEI, R. et al. Comparison of the “hands-off” and “hands-on” methods to reduce perineal lacerations: A randomised clinical trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2014; 64(6):425-429.

Rodička a novorozenec 2013 [online]. ÚZIS ČR, 2015 [cit. 2016-04-09]. ISSN 1213-2683. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>

STARCK, M., BOHE, M., VALENTIN, L. Results of endosonographic imaging of the anal sphincter 2–7 days after primary repair of third- or fourth-degree obstetric sphincter tears. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2003;22(6):609-615.

The management of third- and fourth-degree perineal tears [online]. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2007. 11 s. (Green-top guideline; no. 29). [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg2911022011.pdf>

ZARE, O., PASHA, H., FARAMARZI, M. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. *Health*. 2014;6(1):10-14.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Petra Kramná
 UOM LF OU
 Syllabova 19
 700 30 Ostrava 3
 z12588@student.osu.cz

ČESKÁ VERZE ŠKÁLY „POZITIVNÍ ASPEKTY PEČOVÁNÍ“ THE CZECH VERSION OF SCALE „POSITIVE ASPECTS OF CAREGIVING“

Tat'ána Kršíková, Renáta Zeleníková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Cíl: Cílem příspěvku je prezentovat českou verzi škály *Pozitivní aspekty pečování*.

Metody: Škála *Positive aspects of caregiving* byla se souhlasem autorů originální verze přeložena do českého jazyka metodou „forward-backward translation“. Na základě forward-backward translation byla vytvořena česká verze škály *Pozitivní aspekty pečování*. Originální anglická verze *Positive aspects of caregiving* byla publikována v roce 2004 autory Boerner, Schulz, a Horowitz.

Výsledky: Škála obsahuje 11 položek a je zaměřena na to, co pečovatelům péče přináší, dává nebo poskytuje. Škála *Pozitivní aspekty pečování* je v současné době testována u pečovatelů, kteří pečují o své rodinné příslušníky trpící demencí. Sběr dat probíhá u pečujících o nemocné trpící demencí z psychiatrické ambulance, psychiatrického oddělení a geriatrického oddělení Nemocnice s poliklinikou v Havířově, p.o., Slezská diakonie, centrum denních služeb SILOE Ostrava Nová Ves, psychiatrické ambulance Mayfair, s.r.o. v Karviné a psychiatrické ambulance v Karviné.

Závěr: I přes těžkosti spojené s poskytováním péče členovi rodiny s poruchami paměti nebo jinými problémy, zkušenost pečování může pečovatelům přinášet také pozitiva. Realizovaný výzkum přispěje k ověření zahraničního standardizovaného dotazníku *Pozitivní aspekty pečování (Positive aspects of caregiving)* v českém sociokulturním prostředí a také zjištění, které aspekty pečující označí za pozitivní. Lepší porozumění pozitivním aspektům péče může pomoci zdravotníkům podpořit pečující v jejich rozhodnutí pečovat o své příbuzné.

Klíčová slova: pozitivní aspekty pečování, škála, pečovatel.

Abstract

Aim: The aim of the paper is to present the Czech version of the scale of the Positive aspects of caregiving.

Methods: After the permission of the authors of the original version the scale Positive aspects of caregiving was translated into Czech by the forward-backward translation. On the basis of forward-backward translation was created Czech version of the range of the positive aspects of caring. The original English version *Positive aspects of caregiving* was published in 2004 by authors Boerner, Schulz and Horowitz.

Results: The scale includes 11 items and it is focused on aspects what caregivers care brings, gives or provides. The scale of Positive aspects of caregiving is currently being tested by caregivers who take care of family members suffering from dementia. Data are collected in a sample of caregivers of patients suffering from dementia in a psychiatric clinic, psychiatric unit and a geriatric ward Hospital in Havirov, po, Silesian Diaconate, the center of daily services SILOE Ostrava Nová Ves, Mayfair psychiatric clinic, Ltd. Karvina and psychiatric outpatient in Karvina.

Conclusion: Despite the difficulties associated with providing care to a family member with memory disorders or other problems, the experience of caring caregivers may also bring positives. Realized research contributes to verify foreign standardized questionnaire positive aspects of caring (*Positive aspects of caregiving*) in the Czech socio-cultural environment and determine which aspects of caring identified as positive. A better understanding of the positive aspects of care can help health workers to support carers in their determination to care for their relatives.

Key words: positive aspects of caregiving, scale, caregiver.

Úvod

Problematika zátěže pečovatелů je v posledních desetiletích předmětem mnoha výzkumů v českém i mezinárodním kontextu. Sørensen a Conwell ve své publikaci (2011) shrnují, že od roku 2005 byly výsledky související s pečovateli publikovány ve více než 800 studiích a přehledech po té, co Vitaliano v *American Journal of Geriatric Psychiatry* vyzval k výzkumu v gerontopsychiatrii (Sorensen, Convell, 2011, s. 491). Pečování, zejména je-li dlouhodobé, je vysoce psychicky a fyzicky náročné a představuje pro pečovatele vysokou zátěž. Rodinní příslušníci, kteří pečují o nemocného trpícího demencí, popisují své pocity jako trvalý stres a frustraci, která pak často vede k onemocnění samotného pečovatele s neschopností nadále o svého příbuzného pečovat. I přes těžkosti spojené s poskytováním péče členovi rodiny s poruchami paměti nebo jinými problémy, zkušenost pečování může pečovatелům přinášet také pozitiva. Až do roku 2007 byl výzkum pozitivních aspektů v péči o nemocné okrajovou záležitostí (Hilgeman et al., 2007). Také Lopez et al. (2005) potvrzuje, že do nedávné doby výzkum v oblasti pečování byl zaměřen převážně na negativní důsledky pečování, např. zátěž, deprese, nemoc (Lopez et al., 2005), a teprve až v posledních desetiletích se výzkumníci začali zabývat také pozitivními aspekty pečování. Vzhledem k tomu, že pozitivní zkušenost je subjektivní záležitost, je těžké definovat pozitivní aspekty a neexistuje standardní formální definice. Mnoho autorů chápe pozitivní aspekty ve smyslu přínosů, spokojenosti a zkušenosti (Kate et al., 2012). Pozitivní aspekty pečování zahrnují podle některých studií zlepšení vztahů, zvýšení sebeúcty, pocit ocenění, zlepšení vnímání smysluplnosti, potěšení, pocit potřebnosti, splnění povinnosti, naučení se nových dovedností a další. Pozitivní aspekty pečování bývají nejčastěji posuzovány jako pozitivní zkušenost s pečováním, spokojenost s pečováním a přínos pečování (Kate et al., 2012). Autorka Tarlow et al. (2004) provedla analýzu studií zaměřených na pozitivní aspekty pečování u pacientů trpících demencí. Zjistila, že nejčastěji používaná operacionální definice pozitivních aspektů pečování byla spokojenost s pečováním (Tarlow et al., 2004, s. 430). V uvedených studiích bylo prezentováno, že kromě mnoha negativních a stresujících aspektů pečování, pečovatелé vnímají také určitou spokojenost s pečováním zdůrazňující komplexnost problematiky. V posledních letech bylo vytvořeno několik nástrojů na posouzení pozitivních aspektů pečování. Jedná se např. o škály *Adapted Caregiver Gains Scale* (Chen, Greenberg, 2004), *Positive Aspects of Caregiving* (Boerner, Schulz, Horowitz, 2004), *Scale for Positive Aspects of caregiving Experience – SPACE* (Kate et al., 2012).

Originální anglická verze *Positive aspects of caregiving* byla poprvé publikována v roce 2004 jako příloha příspěvku autorů Boerner, Schulz, Horowitz (2004). Škála obsahuje 11 položek a je zaměřena na to, co pečovatелům péče přináší, dává nebo poskytuje. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na 5bodové Likertově škále od 0 do 4, kde 0 - znamená silně nesouhlasím a 4 – silně souhlasím. Ve stejném roce byly prezentovány psychometrické vlastnosti této škály (Tarlow et al., 2004). Dotazník byl validován v souboru 1229 pečujících o nemocné Alzheimerovou demencí (Tarlow et al., 2004). Faktorovou analýzou byly identifikovány dva faktory, které se týkaly oblastí vlastního ocenění a pohledu na život. Na základě faktorové analýzy byly ze škály odstraněny 2 položky. Cronbachovo alpha celé škály bylo 0,89 (Tarlow et al., 2004, s. 442).

Cíl

Cílem příspěvku je prezentovat českou verzi škály *Pozitivní aspekty pečování*.

Soubor a metodika

Příprava české verze škály probíhala v následujících krocích:

1. Souhlas autorů s překladem a použitím škály. Škála *Positive aspects of caregiving* byla se souhlasem autorů originální 11položkové verze přeložena do českého jazyka metodou forward-backward translation (Boerner, Schulz, Horowitz, 2004).
2. Forward translation – překlad škály z anglického jazyka do češtiny. O překlad škály byli požádáni dva nezávislí překladatelé, kteří přeložili škálu z angličtiny do češtiny.
3. Vytvoření spojené verze (reconciled version). Další odborník vytvořil spojenou verzi na základě dvou nezávislých překladů.
4. Backward translation – zpětný překlad škály z českého jazyka do anglického jazyka. Následně byla spojená verze škály přeložena z češtiny zpět do angličtiny.
5. srovnání anglického překladu škály a originální verze a vytvoření finální verze. Poté byla utvořena skupina odborníků z praxe, kteří porovnali obě anglické verze. Následně proběhla analýza rozdílů a nejasností. Po prodiskutování nejasností a rozdílů byla metodou konsenzu vytvořena finální česká verze škály.
6. Pilotní testování české verze škály u skupiny pečovatелů. Pilotní ověření české verze škály bylo provedeno u deseti laických pečovatелů. Cílem pilotního ověření bylo posoudit srozumitelnost jednotlivých položek škály.

Výsledky

Na základě forward-backward translation byla vytvořena česká verze škály Pozitivní aspekty pečování (tab. 1).

Tab. 1 Česká verze škály Pozitivní aspekty pečování

Někteří pečovatелé říkají, že i přes těžkosti spojené s poskytováním péče členovi rodiny s poruchami paměti nebo jinými problémy, zkušenost pečování jim přináší také pozitiva. Teď budu procházet několik dobrých věcí, které někteří pečovatелé zaznamenali. Rád bych se Vás zeptal/a, jak moc s těmito výroky souhlasíte nebo nesouhlasíte.

Poskytování pomoci mi Umožňuje	Silně nesouhlasím (0)	Trochu nesouhlasím (1)	Ani souhlasím ani nesouhlasím (2)	Souhlasím trochu (3)	Silně souhlasím (4)
Cítit se užitečnější.					
Mít ze sebe dobrý pocit.					
Cítit se potřebný.					
Cítit se oceněný.					
Cítit se důležitý.					
Cítit se silný a sebejistý.					
Dávat větší smysl svému životu.					
Učit se novým dovednostem.					
Více si vážit svůj život.					
Rozvíjet pozitivní postoj k životu.					
Posilovat mé vztahy s jinými.					

Pilotní testování potvrdilo srozumitelnost škály pro pečovatele. Na základě rozhovorů s účastníky pilotního šetření nebylo potřebné upravovat žádnou položku. Všechny položky byly srozumitelné a pečovatelé na ně odpověděli.

Prezentována česká verze škály Pozitivní aspekty pečování je v současné době testována u pečovatelů, kteří pečují o své rodinné příslušníky trpící demencí v rámci výzkumu zaměřeného na zjišťování zátěže pečovatelů pacientů trpících demencí a faktorů, které mohou ovlivnit zátěž.

Výzkum má charakter kvantitativního výzkumu. Jedná se o průřezovou studii schválenou Etickou komisí Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Sběr dat probíhá od února 2016 u pečujících o nemocné trpící demencí z psychiatrické ambulance, psychiatrického oddělení a geriatrického oddělení Nemocnice s poliklinikou v Havířově, p.o., Slezská diakonie, centrum denních služeb SILOE Ostrava Nová Ves, psychiatrické ambulance Mayfair, s.r.o. v Karviné a psychiatrické ambulance MUDr. Kollerové v Karviné. Předpokladem je získání 250 – 300 sad vyplněných standardizovaných dotazníků od pečovatelů. Finální výsledky testování škály budou následně prezentovány v odborných periodikách a na konferencích.

Diskuse

Pozitivní aspekty pečování jsou mnohem méně probádanou oblastí ve srovnání s pečovatelskou zátěží. Přesto existuje několik studií, které se této problematice věnují. Dostupné publikované výzkumné studie zaměřené na pozitivní aspekty pečování potvrzují, že péče o blízkého neobsahuje pouze negativní dopady pečování, ale zahrnuje také pozitivní aspekty. Ve výzkumu autorů Lopez et al. (2005, s. 92) bylo zjištěno, že výsledky, které souvisely s pozitivními emocionálními aspekty, byly například lepší předchozí vztah mezi pečovatelem a příjemcem péče, vlastní rozhodnutí pečovat o svého blízkého, využívání volného času ve stejné míře jako před zahájením péče.

Analýza 14 studií zaměřených na pozitivní aspekty pečování u pacientů trpících demencí provedená Tarlow et al. (2004, s. 432) prokázala souvislost pozitivních aspektů pečování a předchozí spokojenosti se vztahy, spokojeností se sociální oporou, použitím copingových strategií zaměřených na řešení problému, vyšším věkem pečovatelů, lepším zdravím pečovatelů.

Cohen et al. (2007) provedli výzkum u 289 pečovatelů, kteří měli identifikovat alespoň jeden pozitivní aspekt v rámci poskytování péče. Až 73 % pečovatelů identifikovalo minimálně jeden pozitivní aspekt pečování. Jedinci, u kterých bylo identifikováno více pozitivních aspektů, trpěli méně často depresemi, zátěží a pociťovali lepší subjektivní zdraví, než respondenti, kteří pozitivní aspekty nepopisovali. Ve výzkumu bylo také zjištěno, že existují rozdíly ve vnímání pozitivních aspektů s ohledem na kulturní a rasové rozdíly pečovatelů.

Závěr

I přes těžkosti spojené s poskytováním péče členovi rodiny s poruchami paměti nebo jinými problémy, zkušenost pečování může pečovatelům přinášet také pozitiva. Výzkum pozitivních aspektů pečování pečujících o pacienty s demencí je v České republice ojedinělý a tato studie bude první, která bude zkoumat tuto problematiku. Realizovaný výzkum přispěje k ověření zahraničního standardizovaného dotazníku Pozitivní aspekty pečování (Positive Aspects of Caregiving) v českém sociokulturním prostředí a také zjištění, které aspekty pečující označí za pozitivní. Lepší porozumění pozitivním aspektům péče může pomoci zdravotníkům podpořit pečující v jejich odhodlání pečovat o své příbuzné.

Dedikováno SGS05/LF/2016-2017: Zátěž pečovatelů pacientů trpících demencí.

Bibliografické odkazy

BOERNER, K., SCHULZ, R., HOROWITZ, A. Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*. 2004;19(4):668-675.

COHEN, C. A., COLANTONIO, A., VERNICH, L. Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17(2):184-188.

CHEN, F. P., GREENBERG, J. S. A positive aspect of caregiving: the influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*. 2004;40(5):423-435.

HILGEMAN, M. M. et al. Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*. 2007;22(2):361.

KATE, N., GROVER, S., KULHARA, P., NEHRA, R. Scale for positive aspects of caregiving experience: development, reliability and factor structure. *East Asian Archives Psychiatry*. 2012;22(2):62-69.

LOPEZ, J., LOPÉZ-ARRIETA, J., CRESPO, M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005;41(1):81-94.

SÖRENSEN, S., CONWELL, Y. Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies and research needs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;19(6):491-496.

TARLOW, B. J. et al. Positive Aspects of Caregiving: contributions of the REACH Project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging*. 2004;26(4):429-453.

Kontaktní adresa autora:

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

UOM LF OU

Syllabova 19

703 00 Ostrava

renata.zelenikova@osu.cz

IDENTIFIKÁCIA VÝSKYTU A ANALÝZA AGRESIE PACIENTOV VOČI SESTRÁM – PROJEKT VEGA 1/0217/13

THE PREVALENCE IDENTIFICATION AND ANALYSIS OF PATIENT AGGRESSION AGAINST NURSES – PROJECT VEGA 1/0217/13

Martina Lepiešová, Ivana Bóriková, Juraj Čáp, Ivan Farský, Radka Kurucová, Jana Nemcová, Anna Ovšonková, Martina Tomagová, Mária Zanolitová, Katarína Žiaková
Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Cieľom príspevku je prezentovať celoslovenskú výskumnú štúdiu so zameraním na identifikáciu výskytu a analýzu agresie pacientov voči sestram realizovanú v rámci riešenia projektu VEGA 1/0217/13. Cieľom celonárodného projektu bolo zmapovať agresiu pacientov voči sestram v slovenskej klinickej ošetrovateľskej praxi. V príspevku sa zameriavame najmä na opis priebehu riešenia projektu takéhoto rozsiahleho zamerania a s ním spojené problémy, najmä v konceptuálnej, prípravnej a empirickej fáze výskumu.

Metódy: Metódou zberu údajov vo všetkých fakultných a univerzitných nemocniciach na Slovensku bol dotazník zameraný na výskyt, rizikové faktory, manažment agresie pacientov voči sestram a postoj sestier, tvorený škálami VAPS, ATAS[®], FAPAS a MAVAS-L.

Výsledky: Výsledky získané na výskumnom súbore 1220 sestier sú databázou údajov o rozsahu problému, frekvencii výskytu, závažnosti, formách, súvislostiach s dôrazom na percepciu rizikových faktorov a manažmentu agresie pacientov. Zistili sme enormný výskyt agresie pacientov voči sestram v našej praxi, dominanciu negatívnej percepcie agresie pacientov sestrami a prevahu biomedicínskeho chápania tohto javu vrátane preferencie tradičných reštriktívnych stratégií jeho manažmentu.

Záver: Výsledky riešenia projektu môžu byť východiskom k etablovaniu programov prevencie a riešenia agresie v praxi a podkladom pre implementáciu problematiky do vzdelávania.

KLúčové slová: ošetrovateľstvo, agresia pacientov voči sestram, výskyt, rizikové faktory, postoj sestier, manažment agresie

Abstract

Aim: The aim of this paper is to present a nationwide research study focusing on identification and analysis of patient aggression against nurses realized within the project VEGA 1/0217/13. The aim of the project was to map patient aggression against nurses in Slovak clinical nursing practice. The article focuses on the description of the course of the project of such a broad focus and problems associated with it, particularly in the conceptual, empirical and preparatory research phase.

Methods: The questionnaire focused on the incidence, risk factors, management of patient aggression against nurses and attitudes of nurses consisting of scales VAPS, ATAS[®], FAPAS and MAVAS-L was used as data collection instrument in all faculty and university hospitals in Slovakia.

Results: The results obtained by the research group of 1220 nurses represent a database on the extent of the problem, its frequency, severity, forms, and relations with emphasis on the perception of risk factors and management of patient aggression. We have found out an enormous incidence of patient aggression towards nurses in our practice, dominance of negative perception of patient aggression by nurses and predominance of biomedical understanding of this phenomenon, including preference of traditional restrictive strategies of its management.

Conclusion: The results of the project may be a starting point to establish the programmes of

prevention and management of aggression in practice and the basis for the implementation of the issue into education.

Key words: nursing, patient aggression against nurses, incidence, incidence, risk factors, attitude of nurses, aggression management

Úvod

Agresia pacientov je bežnou súčasťou každodenného profesionálneho života sestier (Badger, Mullan, 2004; *Guidelines...*, 2004; Schablon et al., 2012). Výsledky výskumných štúdií realizovaných najmä v zahraničí potvrdzujú vysoký výskyt incidentov agresie voči zdravotníckym profesionálom v klinickej praxi, najčastejšie zo strany pacientov a následne ich rodinných príslušníkov ako aktérov agresie (O'Connell et al., 2000; Morgan, 2001; Adib et al., 2002; Jackson et al., 2002; Åström et al., 2004; Winstanley, Whittington, 2004; Farrell et al., 2006; Hegney et al., 2006; Ryan, Maguire, 2006), čo potvrdil aj parciálny výskum v podmienkach Slovenska. Agresia pacientov je problémom sestier na medzinárodnej úrovni – v porovnaní s inými profesionálmi sú sestry oveľa častejšie objektom agresie (Jackson et al., 2002), a to vo všetkých klinických disciplínach i úrovniach poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Je opakovane sa vyskytujúcim javom, pravdepodobne aj v dôsledku jej multifaktorovej podmienenosti početnými internými, externými, situačnými a interakčnými faktormi (Duxbury, Whittington, 2005). Stáva sa vážnym problémom súčasnej klinickej ošetrovateľskej praxe – ovplyvňuje bezpečnosť pri práci, zdravie sestier, spokojnosť s prácou a následne i kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej jej príjemcom.

Ako uvádza Rippon (2000), významný empirický výskum agresie voči sestrám je stále nedostatočný, najmä v zmysle slabého financovania výskumných štúdií. Nedostatok vedeckej pozornosti tomuto fenoménu sa môže následne odrážať v tom, že nie je jasné, ako ho reflektujú samotné sestry. Najmä postoj sestier k agresii zo strany pacientov sa ukazuje ako nejednoznačný, ambivalentný – je nejasné, ako sestry vnímajú agresiu pacientov voči nim a aký význam pripisujú takémuto správaniu z pohľadu pacienta. Pritom spôsob, akým sestry agresiu v konečnom dôsledku manažujú, je ovplyvnený ich postojom k takémuto správaniu (Jansen et al., 2005). Na druhej strane, výber konkrétnych stratégií manažmentu agresie pacientov (reštriktívnych vs. interpersonálnych) môže súvisieť s ich percepciou a chápaním príčin agresívneho správania – t.j. ktoré faktory v rámci multifaktorovej podmienenosti agresie vnímajú ako dominantné (Duxbury, Whittington, 2005).

Podľa Duxburyovej (2003) dochádza k výraznému apelu na hodnotenie súčasnej klinickej praxe vrátane manažmentu agresie pacientov. Výsledným efektom je extenzívnejší výskum so zameraním na rozmanité aspekty tohto problému. Táto problematika sa v období posledného desaťročia v zahraničí dostáva do popredia výskumu, často vo forme celonárodných štúdií v úsilí prispieť k pochopeniu komplexného charakteru, rozsahu a závažnosti problému. Výsledky štúdií potvrdzujú, že agresia pacientov je integrálnym komponentom klinickej ošetrovateľskej praxe sestier všetkých ošetrovateľských disciplín. Niektoré celonárodné štúdie sú realizované opakovane v rozmedzí niekoľkých rokov v snahe zistiť, aký je efekt realizovaných opatrení. Na Slovensku je situácia iná – tento problém stále nie je dostatočne reflektovaný v kontexte jeho skúmania i samotného výkonu profesie sestry, i keď boli realizované viaceré parciálne výskumné štúdie (Lepiešová, Nemčeková, 2007; Lepiešová et al., 2008; Čerňanová, 2010; Lepiešová, Nemčeková, 2013; Kačmárová et al., 2014). Agresia voči sestrám ako reálny jav ešte stále nie je rozpoznaná a chápaná ako problém a komplexnejšie skúmaná, najmä na pracoviskách, ktoré sú z hľadiska výskumu tejto problematiky zanedbávané (štandardné lôžkové oddelenia v porovnaní s psychiatrickými či pohotovostnými pracoviskami).

Cieľ

Cieľom celoslovenskej výskumnej štúdie realizovanej v rámci riešenia projektu VEGA 1/0217/13 bolo zmapovať problém agresie pacientov voči sestram v kontexte slovenských podmienok klinickej ošetrovateľskej praxe so zameraním na štyri vybrané oblasti (výskyt / postoj / rizikové faktory / manažment agresie pacientov voči sestram).

Hlavný cieľom trojročného projektu bola identifikácia výskytu a analýza agresie pacientov voči sestram na Slovensku – t.j. explanácia agresie ako multifaktorového javu a identifikácia vzťahov medzi jednotlivými skúmanými fenoménmi (výskyt, postoj, percepčia rizikových faktorov, reflexia manažmentu agresie) a individuálnymi charakteristikami resp. charakteristikami prostredia.

Metodika

Metódou zberu dát bol dotazník zameraný na výskyt, rizikové faktory, manažment agresie pacientov voči sestram a postoj sestier, tvorený sebaopisovými škálami s potvrdenou reliabilitou a validitou:

- škála vlastnej konštrukcie VAPS (*Výskyt Agresie Pacientov voči Sestram / Violence and Aggression of Patient Scale*) autorov Lepiešová et al. (2012),
- škála ATAS[©] (*Attitude Towards Aggression Scale*) autora Jansena (2005) so zameraním na postoj k agresii pacientov,
- škála vlastnej konštrukcie FAPAS (*Faktory Agresie Pacientov voči Sestram / Factors Affecting Patient Aggression Scale*),
- modifikovaná a adaptovaná škála MAVAS-L (*The Management of Aggression and Violence Attitude Scale – Likert*) so zameraním na postoj k príčinám a manažmentu agresie autorky Duxbury (Duxbury, 2003; Duxbury et al., 2008).

V prvých fázach projektu sme realizovali konceptuálnu analýzu a determináciu základných pojmov a operacionálne vymedzenie premenných. V prípade prevzatých škál (ATAS[©] a MAVAS) boli uskutočnené prehľadové štúdie so zameraním na analýzu ich konštrukcie, psychometrie, použitia vo výskumných štúdiách a získaných výsledkov (Lepiešová, Tomagová, 2014; Lepiešová et al., 2014). Zároveň prebiehala korešpondencia s autormi škál s cieľom získať súhlas s ich použitím v našej štúdiu a prediskutovať možnosť modifikácie resp. vylúčenia niektorých položiek. Pri MAVAS sme sa na základe prehľadovej štúdie a komunikácie s autorkou škály rozhodli použiť jej adaptovanú verziu MAVAS-L autorov Pulsford et al. (2013), modifikovanú na naše podmienky v súlade s prácou autorov Gertz et al. (2013). Lingvistická validácia týchto škál (metódou forward-back) viedla k vytvoreniu ich slovenských verzií na základe konsenzu pracovnej skupiny spoluriešiteľov projektu s odborníkmi z klinickej praxe (psychiater, psychológ, sestry). Pracovná skupina zodpovedala aj za korekciu obsahu položiek škál vlastnej konštrukcie (tie boli pred projektom testované v parciálnych štúdiách na súborech do 300 sestier), reformuláciu ich názvu (s cieľom nájsť akronym vhodný pre publikovanie v slovenských i zahraničných publikáciách; finálne akronymy VAPS a FAPAS) a kompletizáciu dotazníka.

V empirickej fáze projektu sme sa vytvorený dotazník rozhodli distribuovať medzi sestrami všetkých fakultných a univerzitných nemocníc (UN, FN, FNŠP), ktoré spadajú pod pôsobnosť Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) resp. Ministerstva obrany Slovenskej republiky (MO SR) – t.j. v 11 nemocniciach so zastúpením v jednotlivých krajoch SR (UN Bratislava, FN Trnava, FN Nitra, FNŠP Nové Zámky, FN Trenčín, FNŠP Žilina, UN Martin, FNŠP F.D. Roosevelta Banská Bystrica, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN, FNŠP J.A. Reimana Prešov, UN L. Pasteura Košice). Za týmto účelom prebiehala telefonická, mailová i osobná komunikácia formou oslovenia manažmentu každej nemocnice so žiadosťou o získanie súhlasu s realizáciou štúdie, priamou či nepriamou

distribúciou dotazníkov v dohodnutých počtoch a ich zberom. Z 11 oslovených nemocníc dve nereagovali na žiadosť, resp. nebolo možné úspešne kontaktovať zodpovednú osobu za manažment nemocnice (Nové Zámky, Ružomberok). Spolu bolo v 9 nemocniciach distribuovaných 1783 dotazníkov, pri zbere sa vrátilo 1251 (návratnosť dotazníkov 70,16 %), z ktorých 31 nevyhovovalo stanoveným kritériám a boli vyradené. Do štatistického spracovania bolo zaradených 1220 dotazníkov. Komunikácia s manažmentom nemocníc prebiehala v období september 2014 až február 2015, vlastný zber dát v novembri 2014 až máji 2015.

Náročnosť empirickej fázy výskumu bola daná veľkým počtom nemocníc zaradených do štúdie, plošným rozsahom výskumu (nemocnice z každého kraja SR), prevažne priamou distribúciou resp. osobným doručovaním dotazníkov osobe zodpovednej za ich distribúciu v nemocnici, nutnosťou ponechania určitého časového obdobia na vypisovanie dotazníka vzhľadom na jeho rozsah, osobným vyzdvihovaním dotazníkov po ich zbere, medializovanými kauzami v slovenskom zdravotníctve v procese riešenia projektu – najmä vo FNsP Žilina (organizačné problémy, štrajk, výpovede sestier, ktoré viedli k celkovej negatívnej atmosfére v danej nemocnici a následne k najnižšej návratnosti zo všetkých nemocníc 58 %). Vzhľadom na náročný proces zberu dát a veľkosť výskumného súboru (n = 1220) sme dáta pre štatistické spracovanie skompletizovali až v júli 2015, ich štatistická analýza bola ukončená v auguste 2015 a v súčasnosti prebieha analytická, interpretačná a diseminačná fáza výskumu.

Výsledky a diskusia

Vysoká návratnosť dotazníkov v našom výskume (70,16 %) je porovnateľná s návratnosťou v krajinách, kde sa problému agresie voči sestram dosiaľ nevenovala výrazná pozornosť – napr. 84 % návratnosť v štúdiu autorov Adib et al. (2002). Nepochybne vyššia je návratnosť u nás pri komparácii s početnými štúdiami realizovanými vo vyspelých krajinách (O'Connell et al., 2000; Badger, Mullan, 2004; Winstanley, Whittington, 2004; Farrell et al., 2006), kde autori uvádzajú návratnosť 33 %, 34 %, 38 %, resp. 55 %. Vzhľadom na čoraz viac proklamované požiadavky sestier iniciovať postupné kroky prevencie resp. manažmentu násilia na pracoviskách je takáto nízka návratnosť, odzrkadľujúca ich nízky záujem pomôcť objasniť rozsah problému agresie voči sestram, naozaj prekvapujúca (Badger, Mullan, 2004).

V ďalšom texte uvádzame súborný prehľad výsledkov riešenia projektu; aktuálne členovia riešiteľského kolektívu pripravujú publikácie s detailnou prezentáciou výsledkov, analýzou vzťahov a súvislostí a interpretáciou zistení.

VAPS: Agresii zo strany pacientov bolo v poslednom roku vystavených 97,6 % sestier súboru. Výskyt slovných foriem agresie (96,6 %) je v súlade s očakávaniami vyšší ako telesných (77,5 %), ten je však podstatne vyšší ako v zahraničí, kde sa tejto téme venuje väčšia pozornosť. Vzhľadom na fakt, že povolanie sestry u nás je dominantné ženské povolanie, je toto zistenie alarmujúce. Výskyt sexuálnej agresie pacientov voči sestram súboru je značný (68,4 %), stále však porovnateľný so zahraničím. Najčastejšiu skúsenosť so všetkými formami agresie mali sestry z pracovísk psychiatrie a intenzívnej starostlivosti a sestry pracujúce vo viacsmernej prevádzke. Výsledky ukazujú enormný výskyt agresie pacientov voči sestram v slovenských nemocniciach, výrazne presahujúci výskyt tohto fenoménu v iných krajinách, najmä pri telesných formách agresie.

ATAS[©]: Výsledky potvrdzujú dominanciu chápania agresie pacientov sestrami u nás v zmysle jej negatívnych konotácií (i keď reflektujú aj jej protektívny a komunikatívny význam z pohľadu pacienta), čo môže súvisieť s jej enormným výskytom v praxi i nedostatkom vedeckej pozornosti tomuto problému. Prediktormi postoja sestier súboru sú vzdelanie, práca na smeny a klinická disciplína, v ktorej pôsobia.

FAPAS: Najväčšie riziko vzniku agresie zo strany pacientov sestry pripisujú faktorom zo strany pacienta (70,3 % riziko), najmenšie faktorom súvisiacim s rodovou problematikou (30,3 %

riziko). Okrem interných faktorov rizika vzniku agresie sestry reflektujú aj význam situačných a externých faktorov. Reflektujú tiež pravdepodobnosť svojho podielu na zvýšení rizika agresie pacientov, čo je v súlade s presadzovaným situačno-interakčným modelom agresie pacientov.

MAVAS-L: Výsledky naznačujú biomedicínske chápanie agresie pacientov sestrami, ktoré reflektujú jej podmienenosť internými faktormi zo strany pacienta a v najväčšej miere súhlasia s tradičným, reštriktívnym spôsobom jej manažmentu (používanie psychofarmák a obmedzovacích prostriedkov).

Identifikovaný rozsah problému a determinácia rizikových pracovísk môžu byť východiskovým motívom pre manažment nemocníc venovať tomuto problému väčšiu pozornosť a zacieliť systémové opatrenia prevencie a riešenia agresie na pracoviskách. Na základe výsledkov bude možné formulovať návrhy konkrétnych krokov pre klinickú prax v zmysle minimalizácie identifikovaných rizikových faktorov, implementácie preventívnych stratégií a riešenia incidentov agresie systémovými, administratívnymi a technickými opatreniami z pozície manažmentu nemocníc. Ten v niektorých zapojených nemocniciach vyjadril záujem o poskytnutie údajov týkajúcich sa danej nemocnice. Riešitelia aktuálne pracujú na príprave setov dát pre každú zo zúčastnených nemocníc.

Záver

Štúdia poskytuje dôkazy o aktuálnosti problému agresie pacientov voči sestram v slovenských nemocniciach. Výsledky celonárodného projektu predstavujú rozsiahlu databázu údajov o rozsahu problému, frekvencii výskytu, závažnosti, formách, súvislostiach s dôrazom na percepciu rizikových faktorov agresie pacientov a jej manažmentu samotnými sestrami. Databáza údajov môže byť východiskom pre systematické hodnotenie faktorov vzniku a manažmentu agresie v našej klinickej praxi, k etablovaniu programov prevencie a riešenia agresie v praxi a podkladom pre implementáciu problematiky do vzdelávania.

Bibliografické odkazy

- ADIB, S. M., AL-SHATTI, A. K., KAMAL, S., EL-GERGES, N., AL-RAQEM, M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:469–478.
- ÅSTRÖM, S., KARLSSON, S., SANDVIDE, Å., BUCHT, G., EISEMANN, M., NORBERG, A., SAVEM, B.-I. Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18:410–416.
- BADGER, F., MULLAN, B. Violence and Aggression. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(4):526–533.
- ČERŇANOVÁ, A. Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva. *Ošetrovateľský obzor*. 2010;7(3).
- DUXBURY, J. Testing a new tool: the management of aggression and violence attitude scale (MAVAS). *Nurse Researcher*. 2003;10(4):39–52.
- DUXBURY, J., HAHN, S., NEEDHAM, I., PULSFORD, D. The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(5):596–606.
- DUXBURY, J., WHITTINGTON, R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):469–478.
- FARRELL, G. A., BOBROWSKI, C., BOBROWSKI, P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(6):778–787.
- GERDTZ, M. F., DANIEL, C., DEARIE, V., PREMATUNGA, R., BAMERT, M., DUXBURY, J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the

- prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(11):1434–1445.
- Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers*. [online]. Ed. U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148-01R. ©2004 [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
- HEGNEY, D., ELEY, R., PLANK, A., BUIKSTRA, E., PARKER, V. Workplace violence in Queensland, Australia: The results of a comparative study. *International Journal of Nursing Practice*. 2006;12:220–231.
- JACKSON, D., CLARE, J., MANNIX, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*. 2002;10(1):13–20.
- JANSEN, G. J. The Attitude of Nurses towards Inpatient Aggression in Psychiatric Care. The Development of an Instrument. [online]. 1st ed. Groningen : Stichting Drukkerij C. Regenboog. ©2005. 177 p. [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <https://www.rug.nl/research/portal/publications/pub%284d69bcf5-be21-46ac-b13c-54f0f0523fea%29.html>
- JANSEN, G. J., DASSEN, TH. W. N., GROOT JEBBINK, G. Staff Attitudes towards Aggression in Health Care: a Review of the Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12(1):3–13.
- KAČMÁROVÁ, M., GURKOVÁ, E., ČELOVSKÁ, L., RENDEKOVÁ A. Prediktory postojov sestier k agresii pacientov. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2014;4(1):16–23.
- LEPIEŠOVÁ, M., ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K., NEMČEKOVÁ, M. Výskyt agresie pacientov voči sestram – psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2012;2(1):26–32.
- LEPIEŠOVÁ, M., KURUCOVÁ, R., ZANOVITOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. Postoje sestier k agresii pacientov. In. BÓRIKOVÁ, I., FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K. eds. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve : zborník abstraktov*. Martin: Univerzita Komenského, Jesseniova lekárska fakulta, 2014. s. 35–36.
- LEPIEŠOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. Sestra ako objekt násilia v zdravotníckych zariadeniach. In. ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. eds. *Ošetrovatel'stvo teória, výskum a vzdelávanie*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatel'stva, 2007. s. 263–277.
- LEPIEŠOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. *Sociológia*. 2013;45(2):172–194.
- LEPIEŠOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M. Analysis of the MAVAS instrument to assess the management of patient aggression. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2014;5:127–135.
- LEPIEŠOVÁ, M., VRÁBOVÁ, I., NEMČEKOVÁ, M. Sestra – objekt násilia v zariadeniach sociálnej starostlivosti. In. KUDLOVÁ, P. ed. *Sociokulturní – právni, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatel'ství a porodní asistenci*. Olomouc : VUP, 2008. s. 227–239.
- MORGAN, S. The problems of aggression and violence for health-care staff. *Professional Nurse*. 2001;17(2):107–110.
- O'CONNELL, B., YOUNG, J., BROOKS, J., HUTCHINGS, J., LOFTHOUSE, J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9:602–610.
- PULSFORD, D., CRUMPTON, A., BAKER, A., WILKINS, T., WRIGHT, K., DUXBURY, J. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;20(4):296–304.
- RIPPON T. J. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):452–460.

RYAN, D., MAGUIRE, J. Aggression and violence – a problem of Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management*. 2006;14:106–115.
SCHABLON, A., ZEH, A., WENDELER, D., PETERS, C., WOHLERT, C., HARLING, M., NIENHAUS, A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2012;18;2(5).
WINSTANLEY, S., WHITTINGTON, R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(1):3–10.

Štúdiá bola podporená projektom VEGA č. 1/0217/13 Identifikácia výskytu a analýza agresie pacientov voči sestram.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Martina Lepiešová, PhD.
Ústav ošetrovateľstva, JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
lepiesova@jfmed.uniba.sk

HODNOCENÍ DIAGNOSTICKÝCH PRVKŮ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY NARUŠENÉ PROCESY V RODINĚ (00060) Z HLEDISKA VÝZNAMNOSTI A SROZUMITELNOSTI

EVALUATION OF DIAGNOSTIC ELEMENTS OF THE NURSING DIAGNOSIS OF INTERRUPTED FAMILY PROCESSES (00060) IN TERMS OF SIGNIFICANCE AND CLARITY

Soňa Loudová, Zdeňka Mikšová, Jana Konečná, Eva Reiterová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Abstrakt

Cíl: Validizace ošetrovatelské diagnózy Narušené procesy v rodině (00060) NANDA International v sociokulturním kontextu v ČR.

Metodika: Jednalo se o kvantitativní výzkum s použitím techniky dotazníku. K validizaci ošetrovatelské diagnózy Narušené procesy v rodině (00060) byl využit Fehringův model validity diagnostického obsahu (DCV model). Výzkumu se zúčastnily dvě skupiny respondentů – probandi, kteří se podílejí na přímé realizaci péče o klienty (sestry-expertky a rodinní pečující) a probandi - odborní experti (vysokoškolští pedagogové z oblasti ošetrovatelství).

Výsledky: Obě skupiny respondentů určily tři hlavní diagnostické prvky změna ve zdravotním stavu člena rodiny, změny ve spokojenosti s rodinou a změny v citovém chování. Ostatní diagnostické prvky byly určeny za vedlejší. Žádný z diagnostických prvků nebyl označen za nevýznamný. Mezi srozumitelné diagnostické prvky respondenti označili celkem 15 diagnostických prvků (např. změny ve spokojenosti s rodinou, změny v rituálech, změna rolí v rodině, změna finanční situace v rodině). Za nejméně srozumitelný diagnostický prvek respondenti určili přechodnou situaci v rodině.

Závěr: Ošetrovatelská diagnóza Narušené procesy v rodině (00060) je v omezené míře srozumitelná a použitelná pro ošetrovatelský personál a rodinné příslušníky v sociokulturním kontextu ČR.

Klíčová slova: validizace, ošetrovatelská diagnóza, narušené procesy v rodině.

Abstract

Aim: Validation of nursing diagnoses Interrupted family processes (00060) NANDA International in socio-cultural context in the country.

Methods: It was a quantitative research using the questionnaire technique. In the validation of nursing diagnoses Interrupted family processes (00060) was used Fehring's diagnostic content validity model (DCV model). Two groups of respondents participated in the research - probands who are involved in the direct implementation of client care (nurse-expert and families carers) and probands - specialized experts (university professors in the field of nursing).

Results: Both groups of respondents identified three main elements of the diagnostic shift in health status of a family member, changes in satisfaction with family and changes in availability for affective responsiveness. Other diagnostic features were identified as minor. None of the diagnostic elements were identified as insignificant. The respondents identified a total of 15 understandable diagnostic element (e.g., changes in satisfaction with family, ritual changes, shift in family roles, modification in family finances). The respondents identified the least understandable diagnostic element situation transition.

Conclusion: Nursing diagnosis Interrupted family processes (00060) is limited in understanding and usage for nursing staff and family members in the sociocultural context of the country.

Key words: validation, nursing diagnosis, interrupted family processes

Príspevek vznikl za podpory Studentské grantové soutěže IGA UP na FZV UP v Olomouci a je dedikován projektu „Klinická validizace ošetrovatelské diagnózy NANDA – International Narušené procesy v rodině (00060) v oblasti komunitní péče (IGA_FZV_2016_008).

This paper was supported by the Student Grant Competition IGA UP FZV at Palacky University in Olomouc and is dedicated to the project "Clinical validation of nursing diagnoses NANDA - International Interrupted family processes (00060) in community care (IGA_FZV_2016_008).

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství FZV UPOL

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

zdenka.miksova@upol.cz

MOŽNOSTI HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH KOMPETENCÍ STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA

THE POSSIBILITIES OF EVALUATION OF NURSING COMPETENCE FOR NURSING STUDENTS

Hana Lukšová, Eva Janíková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Úvod: Vzdělávání sester v ČR se odvíjí od právních předpisů a norem. Při získávání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry, musí studenti mimo jiné splnit 2300 hodin odborné praxe. Odborná praxe na klinických pracovištích probíhá pod vedením mentorů.

Cíl: Příspěvek se zabývá problematikou hodnocení kompetencí studentů ošetrovatelství v rámci klinických praxí. Definice a stanovení jasných kompetencí studentů během ošetrovatelské praxe patří mezi základní podmínky profesionálního přístupu k odborné praxi. V ČR prozatím neexistuje standardizovaný nástroj, který by tyto kompetence u studentů v průběhu ošetrovatelské praxe hodnotil. Cílem práce nalézt a zhodnotit dostupné standardizované nástroje, které mohou být využity k posouzení dosažených kompetencí studentů ošetrovatelství s ohledem na kompetence všeobecných sester daných platnou legislativou v ČR.

Metody: Při vyhledávání těchto nástrojů byly využity vybrané elektronické databáze jako EbscoHost, PubMed apod. Vyhledávání bylo omezeno na plné texty článků a hodnotících nástrojů, publikování v anglickém jazyce, v období 2000-2016.

Výsledky: Byly nalezeny 3 standardizované nástroje, které by mohly být využity k posouzení kompetencí studentů oboru Všeobecná sestra. Konkrétně se jednalo o tyto nástroje: Student perception of clinical competence - SPCC (Williams et al. 2008), Clinical Competence Questionnaire – CCQ (Liou, Cheng, 2013), Creighton Competency Evaluation Instrument (The Creighton College of Nursing).

Závěr: Využití standardizovaných nástrojů k posouzení kompetencí by mohlo vést k efektivnějšímu a jednotnému přístupu v rámci praktického vzdělávání sester.

Klíčová slova: ošetrovatelství, praxe, kompetence, posouzení, vzdělávání

Abstract

Introduction: Nursing education in the Czech Republic is derived from legislation and regulations. When obtaining qualification in work as a general nurse, among others, students have to fulfil 2300 hours of practical training. The practical training in hospitals led by mentors.

Aims: The paper deals with the evaluation of the competences of students of this practical training. The definition and setting of clear competences of the students in clinical practice belongs among the basic conditions of professional approach to practical training. In the Czech Republic there is not a standardized instrument which evaluates these competences of students during their practical training. The aim of this paper is to find and evaluate the available standardized tools which can be used to assess the achievements of the competences of nursing students with respect to the competences of nurses as set in the applicable legislation of the Czech Republic.

Methods: For searching these instruments selected electronic databases like EBSCOhost, PubMed etc. were used. The search was limited to available full text articles and instruments, in English, published between 2000-2016.

Results: There was found three tools to assess nursing competence for nursing students. Specifically, the following instruments: Student perception of clinical competence - SPCC (Williams et al. 2008), Clinical Competence Questionnaire – CCQ (Liou, Cheng, 2013), Creighton Competency Evaluation Instrument (The Creighton College of Nursing).

Conclusion: The use of standardized tools to assess the competencies could lead to more efficient and uniform approach in practical nursing education.

Key words: nursing, practical training, competence, assessment, education

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Hana Lukšová, Ph.D.

UOM LF OU

Syllabova 19

703 00 Ostrava

hana.luksova@osu.cz

VYUŽITÍ OSMIPOLOŽKOVÉ METODY PRO SCREENING DYSFAGIE SESTROU UTILIZATION OF AN EIGHT-ITEM DYSPHAGIA SCREENING METHOD FOR NURSES

Petra Mandysová^{***}, Jana Škvrňáková^{****}, Edvard Ehler^{***}

**Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií*

***Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice, Neurologická klinika*

****Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*

Abstrakt

Cíl: Dysfagie (porucha polykání) je poměrně častý a potenciálně závažný problém u pacientů s celou řadou neurologických diagnóz. Pro včasnou identifikaci této komplikace lze použít screeningovou metodu založenou na jednoduchém vyšetření polykací funkce sestrou. Metoda vznikla v českém šetření uskutečněném na neurologické klinice krajské nemocnice. Následně byly sestry tohoto pracoviště v metodě proškoleny a v době jejího zavádění jim byla poskytnuta i praktická podpora přímo u lůžka pacienta. Cílem příspěvku bylo zhodnotit uživatelskou přívětivost screeningové metody z pohledu sestry na tomto pracovišti, a to v třetím roce jejího využívání.

Metoda: Celkem 32 všeobecných sester neurologické kliniky se zkušeností s využíváním screeningové metody odevzdalo anonymní dotazník, ve kterém pomocí Likertovy škály hodnotily 13 tvrzení ohledně uživatelské přívětivosti této metody (1 = absolutně souhlasím, 5 = zcela nesouhlasím). Tři tvrzení se týkala jednoduchosti vyšetření, 8 tvrzení se týkala pochopitelnosti každé položky v záznamním archu, 1 tvrzení se týkala jednoduchosti vyhodnocení a 1 tvrzení vhodnosti metody pro pacienty s neurologickým onemocněním.

Výsledky: Celkem 15–21 (47–66 %) respondentů absolutně souhlasilo se všemi 13 tvrzeními; 6–14 (19–44 %) s nimi spíše souhlasilo. Jen ojediněle sestry vyjádřily nesouhlas.

Závěr: Metoda je vnímána jako uživatelsky přívětivá. Dvě třetiny sester navíc v prostoru pro volné slovní vyjádření uvedly, že jim metoda vyhovuje.

Klíčová slova: screening dysfagie, porucha polykání, uživatelská přívětivost, sestra, neurologická diagnóza

Abstract

Aim: Dysphagia (impaired swallowing) is a common and potentially serious problem in patients with neurological conditions. For an early identification of this complication, a screening method based on a simple assessment of the patient's swallowing function can be used. The method is the result of a Czech study that was carried out in a neurological clinic of a regional hospital. Subsequently, nurses working in this department were trained in the use of this method and received practical support directly at the bedside. The aim was to evaluate user-friendliness of the screening method from the nurses' viewpoint, in the third year of its utilization.

Methods: A total of 32 nurses completed a questionnaire concerning its user-friendliness. The nurses evaluated 13 statements, using a 5-point Likert scale (1 = absolutely agree, 5 = absolutely disagree). Three statements inquired about the simplicity of the assessment, 8 statements inquired about the clarity of each item in the documentation form, 1 statement inquired about the simplicity of the interpretation, and 1 statement inquired about the suitability of the method for patients with a neurological condition.

Results: A total of 15–21 (47–66 %) participants absolutely agreed with all 13 statements; 6–14 (19–44 %) somewhat agreed. The nurses disagreed only occasionally.

Conclusion: The method is perceived as user-friendly. Moreover, two thirds of the nurses provided free-text responses indicating that the method is suitable.

Key words: dysphagia screening, impaired swallowing, user-friendliness, nurse, neurological condition

Úvod

Orofaryngeální dysfagie (porucha polykání) je poměrně častý problém u pacientů s celou řadou neurologických onemocnění, který vyvolává pocit nepohody a může vést k dehydrataci, malnutrici, aspirační pneumonii či dokonce až ke smrti. Pro efektivní řešení či předcházení těmto komplikacím je žádoucí se zaměřit na včasnou detekci možných poruch polykání a následně jejich přesnou diagnózu. Na základě těchto informací pak lze nastavit vhodná terapeutická i kompenzační opatření s cílem snížit uvedená rizika (Kertscher et al., 2014, s. 204; Martino et al., 2012, s. 1127).

Pro včasnou identifikaci možných poruch polykání se v mnohých zdravotnických zařízeních propagují screeningové metody, a to zejména pro pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou a dalšími neurologickými onemocněními (Kertscher et al., 2014, s. 205; Poorjavad, Jalaie, 2014). Zapojení sestry do včasného screeningu dysfagie u těchto pacientů je přitom žádoucí, a to i vzhledem k její neustálé přítomnosti v blízkosti lůžka pacienta (Middleton et al., 2015, s. e18). Pozitivní výsledek screeningového vyšetření zpravidla vede k dalšímu, detailnějšímu vyšetření polykací funkce (lékařem, klinickým logopedem); při negativním výsledku je naopak diagnostický proces zastaven a pacient může přijímat stravu perorálně, poprvé pod dohledem sestry (Solná et al., bez data, s. 13).

Existuje mnoho screeningových metod; žádoucí je, aby měly vysokou sensitivitu a zároveň byly časově a „technicky“ nenáročné (Kertscher et al., 2014, s. 204). V České republice je k dispozici jednoduchá, osmipoložková metoda pro screening dysfagie sestrou, která byla výstupem šetření u pacientů s neurologickým onemocněním. Šetření probíhalo na neurologické klinice krajské nemocnice v letech 2009–2011. Následně byly sestry tohoto pracoviště v metodě proškoleny (Mandysová, 2014; Mandysová, Ehler, 2013; Mandysová et al., 2015).

Cíl

Cílem bylo zhodnotit uživatelskou přívětivost osmipoložkové metody pro screening dysfagie z pohledu sestry, a to v třetím roce jejího využívání na pracovišti, kde metoda vznikla.

Soubor a metodika

Do deskriptivního průřezového šetření bylo zapojeno 32 všeobecných sester neurologické kliniky krajské nemocnice o průměrném věku 30 let (Tab. 1). Průměrná délka ošetrovatelské praxe v oboru neurologie byla 8 let. Většina sester pracovala na neurologické jednotce intenzivní péče (n = 27; 84 %); zbývající sestry pracovaly na standardním neurologickém oddělení.

Jednalo se o kliniku, kde byla tato metoda vytvořena a po proškolení sester na konci roku 2012 byla implementována do praxe. Při zavádění metody byla sestrám poskytnuta i praktická podpora přímo u lůžka pacienta, a to v první polovině roku 2013. Současné šetření proběhlo dotazníkovou formou v červnu 2015. Podmínkou pro zařazení byla zkušenost s využitím osmipoložkové metody pro screening dysfagie.

Tab. 1 Věk respondentů a délka ošetrovatelské praxe

Věkové rozložení (roky)			Ošetrovatelská praxe v oboru neurologie (roky)		
Průměrný věk	SD	Věkové rozpětí	Průměrná délka praxe	SD	Rozpětí délky praxe
30	6	22–45	8	6	1–20

SD – směrodatná odchylka

Sestry pomocí Likertovy škály anonymně hodnotily 13 tvrzení ohledně uživatelské přívětivosti této screeningové metody (1 = absolutně souhlasím, 5 = zcela nesouhlasím). Tři tvrzení se týkala jednoduchosti screeningové metody, 8 tvrzení se týkala pochopitelnosti každé položky (každého úkonu) vyšetření v záznamním archu, 1 tvrzení se týkala jednoduchosti vyhodnocení výsledků a 1 tvrzení vhodnosti metody pro pacienty s neurologickým onemocněním. Součástí dotazování byl odhad časové náročnosti celého vyšetření u jednoho pacienta. Sestry navíc měly možnost v dotazníkovém formuláři uvést jakékoliv připomínky (zda je metoda přínosem, jak ji lze vylepšit apod.). Sestry vyplněné dotazníky odevzdávaly v zalepené obálce asistentovi, který se nepodílel ani na tvorbě metody, ani na vyhodnocování současného šetření.

Výsledky získané pomocí Likertovy škály byly vyjádřeny pomocí absolutních a relativních četností jednotlivých hodnocení všech 13 tvrzení. U každého respondenta bylo navíc získáno celkové skóre součtem bodů Likertovy škály pro všech 13 tvrzení (rozpětí celkového možného skóre = 13–65). Čím nižší skóre, tím vyšší byla uživatelská přívětivost škály. Následně byl získán medián celkového skóre pro celý soubor respondentů a byla určena frekvence jednotlivých celkových skóre. Pro časovou náročnost byl vypočítán aritmetický průměr. Veškeré výpočty byly provedeny v tabulkovém procesoru Microsoft Excel 2010.

Výsledky

Co se týče hodnocení tvrzení pomocí Likertovy škály, dva dotazníky byly nesprávně či neúplně vyplněny (každý se týkal jednoho tvrzení) a byly vyřazeny z výpočtu celkového skóre, mediánu pro celý soubor a frekvence jednotlivých celkových skóre. Oba dotazníky však byly zařazeny do zbývajících analýz. Na dotaz ohledně časové náročnosti odpovědělo 10 respondentů.

Hodnocení vyjadřující absolutní souhlas (1 bod na Likertově škále) s jednotlivými tvrzeními ohledně uživatelské přívětivosti metody se vyskytovalo v 15–21 případech a částečný souhlas (2 body) v 6–14 případech týkajících se všech 13 tvrzení. Neutralita (3 body) byla vyjádřena v 1–4 případech týkajících se 12 tvrzení, částečný nesouhlas (4 body) v 1–2 případech týkajících se 8 tvrzení a úplný nesouhlas ve 2 případech týkajících se 1 tvrzení (Tab. 2).

Tab. 2 Souhlas s tvrzeními týkajícími se uživatelské přívětivosti screeningové metody

	n	Číslo tvrzení	Popis tvrzení	Absolutně souhlasím (1)	Spíše souhlasím (2)	Ani souhlas, ani nesouhlas (3)	Spíše nesouhlasím (4)	Zcela nesouhlasím (5)
				n	n	n	n	N
Jednoduchost vyšetření dle screeningové metody	32	1	Na položky lze získat odpověď již na základě běžných ošetřovatelských aktivit	18	14	-	-	-
	32	2	Vyšetřování pacienta nevyžaduje od pacienta zvláštní úsilí.	15	11	4	2	-
	32	3	Pacienta lze vyšetřit ve všech 8 položkách.	17	10	4	1	-
Pochopitelnost každé položky (úkonu)† screeningové metody v záznamním archu	32	4	Položka 1 je jasně formulována.	21	10	1	-	-
	32	5	Položka 2 je jasně formulována.	20	11	1	-	-
	32	6	Položka 3 je jasně formulována.	20	11	1	-	-
	31	7	Položka 4 je jasně formulována.	20	9	2	-	-
	32	8	Položka 5 je jasně formulována.	20	9	2	1	-
	32	9	Položka 6 je jasně formulována.	20	8	2	2	-
	32	10	Položka 7 je jasně formulována.	20	9	1	2	-
31	11	Položka 8 je jasně formulována.	19	9	2	1	-	
Jednoduchost vyhodnocení vyšetření	32	12	Výsledek vyšetření lze jasně vyhodnotit.	20	6	2	2	2
Vhodnost screeningové metody	32	13	Všechny položky jsou vhodné pro pacienty, u nichž by se na základě neurologické diagnózy mohla vyskytovat porucha polykání.	21	6	3	2	-

n – počet respondentů; † položka (úkon 1) – *schopnost zakašlat*; položka 2 – *schopnost zatnout zuby*; položka 3 – *symetrie / síla jazyka*; položka 4 – *symetrie / síla svalů tváře*; položka 5 – *symetrie / síla ramen*; položka 6 – *dysartrie*; položka 7 – *afázie*; položka 8 – *zahuštěná tekutina: kašel*

Celkové skóre Likertovy škály týkající se všech 13 tvrzení bylo pro jednotlivé respondenty v rozmezí od 13 do 31 bodů (Tab. 3). Medián byl 14,5 bodů. Nejčastěji skóre dosáhlo 13 bodů, a to u 13 respondentů.

Tab. 3 Četnost jednotlivých celkových skóre Likertovy škály týkající se uživatelské přívětivosti screeningové metody (n = 30)

Celkové skóre	13	14	15	16	17	26	27	28	30	31
Počet respondentů	13	2	1	3	1	4	1	1	3	1

Prostor pro připomínky vyplnilo 24 sester, z nichž 19 uvedlo, že jsou se screeningovou metodou spokojeny. Zbývajících 5 sester konstatovalo, že i při abnormálním výsledku screeningového vyšetření jsou pacienti někdy schopni polykat. Udávaná časová náročnost vyšetření byla 1–10 minut; v průměru 4,6 minut.

Diskuze

Do ošetrovatelské praxe je zaváděno velké množství hodnotících nástrojů, které mají za cíl sjednotit a zobjektivizovat posouzení jedince a tím také práci sester zjednodušit (Pokorná et al., 2013, s. 8). Avšak zároveň je důležité získávat z klinické praxe zpětnou vazbu ohledně uživatelské přívětivosti těchto nástrojů a časové náročnosti jejich využití. Ne vždy jsou totiž zkušenosti sester s těmito nástroji pozitivní. Někdy je identifikována potřeba daný nástroj modifikovat či jsou shledány nedostatky ve znalostech či dovednostech sester a je třeba se zaměřit na edukaci s cílem tyto nedostatky odstranit (Richardson, Straughan, 2015, s. 320). Někdy ani kvalitní edukace nezaručuje úspěšné zavedení nové metody do praxe. Roli totiž hrají i další faktory, například postoje sester, kritické smýšlení a kontext, ve kterém mají těchto metod využívat (Thompson, Stapley, 2011, s. 891).

Šetření zjistilo, že osmipoložková metoda pro screening dysfagie sestrou je vnímána jako uživatelsky přívětivá. Co se týče jednoduchosti vyšetření, sestry „absolutně souhlasily“ či „spíše souhlasily“, že na některé položky screeningové metody lze získat odpověď již na základě běžných ošetrovatelských aktivit u pacienta (tvrzení 1). Může se jednat například o položku *dysartrie* (porucha artikulace) nebo *afázie* (porucha řeči a/nebo porozumění řeči); obě lze často vyhodnotit již při úvodním rozhovoru s pacientem (Mandysová, 2014, s. 122).

Co se týče pochopitelnosti každé položky (úkonu) screeningové metody v záznamním archu, pro 4 položky bylo hodnocení vesměs pozitivní (tvrzení 4–7). Jedná se o následující položky: *schopnost zakašlat*, *schopnost zatnout zuby*, *symetrie/síla jazyka* a *symetrie/síla svalů tváře*. Jen 1–2 sestry „spíše nesouhlasily“ s tvrzeními, že zbývajících 4 položky screeningové metody jsou snadno pochopitelné; ostatní sestry je hodnotily kladně. Jedná se o položky: *symetrie/síla ramen*, *dysartrie*, *afázie* a *zahuštěná tekutina: kašel*. Edukace na téma správného vyšetření pacienta právě ve dvou z těchto položek (*dysartrie* a *zahuštěná tekutina: kašel*) byla v předchozích šetřeních u sester oblastní nemocnice a vysokoškolských studentů nelékařských zdravotnických studijních oborů skutečně poněkud problematická. V post-testu zaměřeném na techniku těchto dvou vyšetření bylo procento správných odpovědí spíše nižší (51 % a 64 %) ve srovnání s většinou ostatních položek (Mandysová, 2014, s. 96–103).

Hodnocení sester bylo rovněž převážně pozitivní pro zbývajících dvě tvrzení týkající se jednoduchosti vyšetření (tvrzení 2 – „vyšetření nevyžaduje zvláštní úsilí“; tvrzení 3 – „pacienta lze vyšetřit ve všech položkách“) a pro tvrzení týkající se vhodnosti screeningové metody pro pacienty s neurologickým onemocněním (tvrzení 13). V některých případech skutečně nelze vyšetření v některých položkách provést, například pacient není schopen při vyšetření spolupracovat z důvodu apraxie (Mandysová, 2014, s. 122).

Pouze pro jedno tvrzení se ve dvou případech objevil absolutní nesouhlas, a to v souvislosti s vyhodnocováním výsledků vyšetření. Na základě výsledku v jednotlivých položkách screeningové metody je totiž nutno provést dichotomizaci dle hraničního skóre a učinit závěr, zda je celkový výsledek normální či abnormální (Mandysová, 2014, s. 86). Správné využití metody tak vyžaduje již zmíněné kritické smýšlení.

Medián celkového skóre pro celý soubor respondentů (14,5 bodů) je v souladu s výše uvedenými hodnoceními pro jednotlivá tvrzení. Je totiž v blízkosti nejnižšího možného celkového skóre a naznačuje, že celkově je metoda vnímána jako uživatelsky přívětivá. Nejčastější celkové skóre (13 bodů) dokonce svědčí o tom, že v mnohých případech sestry „absolutně souhlasily“ s naprosto všemi tvrzeními a byly s metodou zcela spokojeny.

Doba potřebná na vyšetření pacienta je v souladu s výsledky výzkumu z roku 2013 u hospitalizovaných pacientů s cévní mozkovou příhodou (n = 42), kdy byla měřena doba potřebná na vyšetření každého pacienta (medián i modus = 5 minut) (Mandysová, 2014, s. 106). Převážná většina poznámek sester svědčila o kladném postoji ke screeningové metodě. Zbývající komentáře pravděpodobně souvisely s faktem, že screeningové vyšetření pouze odhaluje možné poruchy polykání, avšak není schopno je přesně diagnostikovat. Sestry tak i přes využívání tohoto nástroje potřebují používat klinický úsudek.

Závěr

Osmipoložková metoda pro screening dysfagie sestrou je vnímána jako uživatelsky přívětivá. Hodnocení tvrzení pomocí Likertovy škály odpovídalo slovnímu komentáři sester. Časová náročnost vyšetření se jeví jako reálná pro běžnou ošetrovatelskou praxi a je v souladu s výsledky předchozího výzkumu. Vyhodnocování výsledků vyšetření je některými sestrami vnímáno jako nejnáročnější aspekt této screeningové metody. Přesto lze učinit závěr, že sestry na tomto pracovišti mají kladný postoj k jejímu využívání.

Implementace screeningové metody sice může hodnocení pacienta zjednodušit a zobjektivizovat, avšak sestry i nadále potřebují uplatňovat svůj klinický úsudek. Je žádoucí, aby se další výzkum v této oblasti zaměřil na využití screeningu dysfagie na jiných pracovištích i na téma dopadu screeningového vyšetření na zdravotní stav pacienta, například na jeho nutriční stav či pravděpodobnost vzniku aspirační pneumonie.

Podpořeno projektem IGA MZ NT 13725-4/2012.

Bibliografické odkazy

- KERTSCHER, B. et al. Bedside screening to detect oropharyngeal dysphagia in patients with neurological disorders: an updated systematic review. *Dysphagia*. 2014;29(2):204–212.
- MANDYSOVÁ, P. *Jednoduchý praktický screening pro poruchy polykání* [online]. 2014 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/56551>
- MANDYSOVÁ, P. et al. Development of the Brief Bedside Dysphagia screening Test-Revised: a cross-sectional Czech study. *Acta Medica*. 2015;58(2):49–55.
- MANDYSOVÁ, P., EHLER, E. The effectiveness of a nurse-led educational session focused on dysphagia screening. In: LÍŠKOVÁ, M., SEMANIŠINOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. eds. *Nursing of the 21st century in the process of change*. Nitra: Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care, Department of Nursing. 2013. s. 185–191. ISBN 978-80-558-0421-7.
- MARTINO, R., MARTIN, R. E., BLACK, S. Dysphagia after stroke and its management. *Canadian Medical Journal Association*. 2012;184(10):1127–8.
- MIDDLETON, S., GRIMLEY, R., ALEXANDROV, A. W. Triage, treatment, and transfer: evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*. 2015;46(2):e18–25.
- POKORNÁ, A. et al. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POORJAVAD, M., JALAIE, S. Systemic review on highly qualified screening tests for swallowing disorders following stroke: Validity and reliability issues. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2014;19(8):776–785.
- RICHARDSON, A., STRAUGHAN, C. Part 2: pressure ulcer assessment: implementation and revision of CALCULATE. *Nursing in Critical Care*. 2015;20(6):315–321.
- SOLNÁ, G. et al. *Návrh jednotného postupu v péči o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR* [online] bez data [cit. 2015-10-21]. Dostupné z:

<http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>

THOMPSON, C., STAPLEY, S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgment? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(7):881–893.

Kontaktní adresa autora:

Petra Mandysová, MSN, PhD

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

532 10 Pardubice

email: petra.mandysova@upce.cz

HODNOCENÍ SELF MANAGEMENTU U PACIENTŮ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM ZA POUŽITÍ PIH ŠKÁLY

ASSESSMENT OF SELF-MANAGEMENT IN PATIENTS WITH A CHRONIC CONDITION WITH THE USE OF THE PIH SCALE

Zdeňka Mikšová, Jana Konečná, Jana Buchtíková, David Školoudík, Eva Reiterová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Abstrakt

Cíl: Deskripce self managementu u pacientů s chronickým onemocněním – diabetem mellitem.

Metody: Kvantitativní výzkum s použitím PIH škály hodnotící úroveň self-managementu u lidí s diabetem mellitem.

Výzkumný soubor: 90 respondentů. Osoby s chronickým onemocněním (diabetes mellitus)

Výzkumná metoda: Dotazník obsahující identifikační údaje a PIH škálu, která hodnotí úroveň self-managementu. Jednotlivé položky jsou hodnoceny s využitím Likertovy stupnice od 0 do 8. Statistické zpracování s využitím programu Statistica.cz a použitím Mann-Whitney U testu, a chí-kvadrát testu.

Výsledky: Byla prokázána souvislost mezi vzděláním ($C = 0,339$; $p < 0,05$) a finančním zajištěním ($C = 0,309$; $p < 0,05$) a výsledkem celkového skóre PIH škály. Nebyl prokázán vliv věku ($r = -0,152$; $p > 0,05$) a pohlaví ($t = 1,545$; $p > 0,05$) na celkové skóre. Nebyla prokázána souvislost mezi sociální situací respondenta ($C = 0,26$; $p > 0,05$) a celkovým skóre PIH škály.

Závěry: Úroveň self-managementu u pacientů s chronickým onemocněním diabetes mellitus neovlivňuje věk, pohlaví, a sociální situace, ale může jej ovlivňovat vzdělání ($C = 0,339$) a finanční zajištění člověka ($C = 0,309$).

Klíčová slova: self-management, diabetes mellitus, chronické onemocnění, PIH škála

Abstract

Aim: Description of self-management in patients with the chronic condition – Diabetes Mellitus.

Methods: Quantitative research using the PIH scale to assess the level of self-management in patients with diabetes mellitus. Research file: 90 respondents. Persons with the chronic condition (diabetes mellitus). Research method: Questionnaire involving identification data and the PIH scale, which assesses the level of self-management. Individual items are assessed via Likert Scale, ranging from 0 to 8. Statistical processing using programme Statistica.cz and the Mann-Whitney U test, and a chi-square test.

Results: The correlation among education ($C = 0,339$; $p < 0,05$) and financial security ($C = 0,309$; $p < 0,05$) and the total score of the PIH scale has been proved. There has been no proof of the impact of age ($r = -0,152$; $p > 0,05$) and sex ($t = 1,545$; $p > 0,05$) on the total score. There has also not been proved any correlation between the social situation of the respondent ($C = 0,26$; $p > 0,05$) and the total score of the PIH scale.

Conclusion: The level of self-management in patients with the chronic condition diabetes mellitus is not influenced by age, sex and the social situation, but can be influenced ($C = 0,339$) by education and financial security ($C = 0,309$).

Key words: self-management, diabetes mellitus, chronic condition, PIH scale

Dedikováno k projektu IGA UP: Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s chronickým onemocněním, č. IGA_FZV_2015_009

Dedicated to project IGA UP: Quality of life in the context of assessment of self-management in persons with a chronic condition, no. IGA_FZV_2015_009

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

ÚO FZV UPOL

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

zdenka.miksova@upol.cz

VYUŽITÍ ELEKTRONICKÉ FORMY NÁSTROJE HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA U ŽEN PO MENOPAUIZE

THE USE OF ELECTRONIC FORM OF INSTRUMENT TO ASSESS QUALITY OF LIFE OF POSTMENOPAUSAL WOMEN

Markéta Moravcová, Jana Holá

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Abstrakt

Cíl: Cílem výzkumného šetření bylo ověření elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Zároveň se autorky zaměřily na zhodnocení přítomných symptomů estrogenního deficitu a posouzení míry ovlivnění kvality života u vybraného vzorku respondentek.

Metody: Sběr dat proběhl v roce 2015. Do výzkumu se zapojilo 364 respondentek ve věku 45 – 60 let s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Respondentky vyplňovaly nástroj MRS ve vlastním sociálním prostředí v elektronické formě. Data byla statisticky vyhodnocena, výsledky se opírají o popisnou statistiku.

Výsledky: Výsledky získané pomocí elektronické formy MRS jsou srovnatelné s výzkumy užívajícími tištěnou podobu MRS. Respondentky udávaly nejčastěji mírnou intenzitu obtíží nebo nepřítomnost některých symptomů. Nejméně výrazné symptomy respondentky pociťovaly v urogenitální doméně. Výsledné hodnoty celkového skóru i skóry v jednotlivých doménách ukazují na fakt, že kvalitu života ženám přítomné symptomy estrogenního deficitu ovlivňují jen v malé míře.

Závěry: Je nutné, aby ženy byly na změny související s menopauzou připravené a adekvátně informované. Zdravotníci musí mít k dispozici takový nástroj, kterým mohou případné změny v tomto období hodnotit a pak adekvátně ženám pomoci. Takovým nástrojem je Menopause Rating Scale. Elektronická forma nástroje se jeví jako vhodná možnost k navázání komunikace mezi klientkou a zdravotníky a zároveň ženě umožňuje získat prvotní zpětnou vazbu o svých problémech.

Klíčová slova: kvalita života, Menopause Rating Scale, menopauza, symptomy estrogenního deficitu

Abstract

Aim: The aim was to verify the electronic form of the Czech version of the questionnaire Menopause Rating Scale. Authors also focused on the evaluation of the present estrogen deficiency symptoms and assess the extent of affecting the quality of life in a sample of respondents.

Methods: The survey was conducted in 2015. The survey involved 364 respondents aged 45-60 years with present symptoms of estrogen deficiency. Informants filled MRS tool in their own environment in electronic form.

Results: Results obtained by using electronic forms of MRS are comparable with those taking surveys printed form MRS. Respondents reported a mostly mild intensity difficulties or absence of certain symptoms. The least significant symptoms of respondents were in urogenital domain. The resulting values of the total score and scores for individual domains point to the fact that the quality of life of women present symptoms of estrogen deficiency affects only a small extent.

Conclusions: It is necessary that women were the changes related to menopause prepared and adequately informed. Paramedics must have such an instrument, which can be any changes in this period and then evaluate adequately help women. Such apparatus is the Menopause Rating

Scale. The electronic form of the instrument seems appropriate option to establish communication between the client and health professionals and also enables the woman to get initial feedback about their problems.

Key words: quality of life, Menopause Rating Scale, menopause, symptoms of estrogen deficiency

Úvod

V české gynekologické praxi se v rámci klinických vyšetření doposud plošně nepoužíval žádný standardizovaný dotazník pro hodnocení kvality života u žen v období ovlivněném menopauzou. V domácí odborné literatuře dosud neexistovaly zmínky o českých výzkumech, které by kvalitu života související se zdravím (Health-Related Quality of Life – dále HRQL) žen hodnotily a využívaly některý z nástrojů pro hodnocení HRQL u žen v postmenopauze. Přitom hodnocení individuálně vnímané a prožívané kvality života u menopauzálních žen jednoznačně přispívá ke komplexnímu pohledu na somatické, psychické i sociální problémy související s tímto obdobím.

Menopauza je životní změnou, která se dotýká stále větší populace našich žen a je nutné problémům s ní spojenými předcházet preventivními opatřeními, edukací žen a komplexní zdravotní péčí o menopauzální ženy. Komplexní poznání problematiky konkrétní ženy pak umožňuje lépe definovat typy obtíží, přispívá k úspěšné spolupráci ženy a adekvátnímu reagování na preventivní opatření i nasazenou léčbu.

V odborné literatuře je k dispozici řada výzkumů, které se zaměřují na symptomy související s menopauzou (př. Anderson et al., 2011; Glaser et al., 2011; Chuni et al. 2011). Zároveň se zabývají složitostí životního období, ve kterém menopauza u žen nastává se všemi sociálními a psychologickými faktory. O složitosti tohoto období v životě ženy a komplikovanosti hodnocení probíhajících změn svědčí i některá metodologická úskalí při studiu období souvisejícího s menopauzou a měření kvality života žen v této životní fázi (podrobnosti viz Dennerstein, Helmes, 2000, 726 - 729).

K hodnocení kvality života lze využít tři typy metod a to generické, specifické a metody smíšené. Pro konkrétní skupinu klientů se specifickým onemocněním, resp. symptomy onemocnění, obvykle máme ve světové klinické praxi k dispozici více dotazníků k posouzení HRQL (Křivohlavý, 2002, s. 165 - 167).

Užité metody hodnocení kvality života by měly splňovat čtyři základní kritéria, aby byly vhodné pro klinickou praxi. Měly by být spolehlivé, dostatečně senzitivní, specifické pro danou oblast problémů, či konkrétní skupinu příjemců zdravotní péče. V neposlední řadě musí být tyto metody uživatelsky přívětivé jak pro klienty, tak pro zdravotníky, kteří je využívají v každodenní praxi pro zjištění důležitých dat o klientech.

V našem výzkumném šetření využíváme specifický nástroj hodnocení kvality života žen po menopauze Menopause Rating Scale (MRS). Česká verze MRS je v současnosti k využití ve dvou formách a to v podobě „tužka – papír“ a v elektronické formě (Moravcová, 2014, s. 78 - 79).

V psychodiagnostice, ale i ve výzkumech souvisejících s hodnocením kvality života, se v některých případech používají elektronické formy výzkumných nástrojů. On-line forma se na rozdíl od tištěné podoby různých metod může v některých aspektech lišit.

Jak uvádí Mareš (1992, s. 12), elektronická forma psychodiagnostických metod má jistě své výhody, ale i svá úskalí. Za nejdůležitější výhody, které mimo jiné má tato forma testování při hodnocení kvality života, považujeme rychlost administrace a následného vyhodnocení, objektivitu při instruktáži i hodnocení výsledků, zvýšení reliability, usnadnění interpretace výsledků, získání zdrojových dat pro výzkumníky. V neposlední řadě může být výhodou

zvýšení compliance klienta a dostatek prostoru pro uchování intimity u intimně zaměřených položek.

Naopak za určité nevýhody elektronické formy testování lze zejména považovat nepříjemnost formy pro některé skupiny jedinců (např. pro seniory), nejasné instrukce s nemožností dodatečného vysvětlení kompetentní osobou, nejasná interpretace výsledku pro klienta.

Elektronická forma specifických dotazníků, které hodnotí kvalitu života žen v období souvisejícím s menopauzou, je ve světové klinické praxi užita spíše ojediněle, např. u metody hodnocení kvality života u žen v perimenopauze a postmenopauze Green Climacteric Scale (Menopause Matters, 2001). V českých podmínkách doposud žádný nástroj nebyl k hodnocení HRQL žen po menopauze v elektronické formě užít.

Cíl

Cílem výzkumného šetření bylo posouzení využitelnosti elektronické formy MRS pro potřeby české klinické praxe. Rovněž jsme se zaměřily na komparaci získaných dat pomocí elektronické formy MRS s výsledky výzkumů využívajícími tištěnou formu MRS. V neposlední řadě našim cílem bylo posouzení spektra symptomů estrogenního deficitu a související kvality života u vybraného souboru respondentek.

Nástrojem hodnocení byla elektronická forma české standardizované verze nástroje Menopause Rating Scale pro hodnocení kvality života žen po menopauze.

Na základě stanovených cílů jsme si položily tyto otázky výzkumu:

- Jsou výsledky získané pomocí elektronické formy MRS srovnatelné s výzkumy využívajícími tištěnou podobu MRS?
- Jaké symptomy estrogenního deficitu a v jaké intenzitě respondentky pociťují?
- Jak je ovlivněna kvalita života žen ve výzkumném souboru?

Soubor

Do výzkumu se zapojilo 364 respondentek ve věku 45 – 60 let (průměr 50 let) s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Respondentky byly vybrány dle stanovených kritérií v rámci čekací doby v gynekologických ambulancích a po písemném souhlasu s účastí ve studii obdržely specifický link k vyplnění elektronické formy MRS. Respondentky vyplňovaly elektronickou formu nástroje MRS ve vlastním sociálním prostředí v Pardubickém, Královéhradeckém a Středočeském kraji.

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy výzkumu a publikování výsledků ohrožovaly.

Metodika

Výzkumný design byl postaven na průzkumné sondě, zahrnuje sběr dat on-line, kvantitativní statistické vyhodnocení a interpretaci výsledků na základě popisné statistiky. Sběr dat proběhl v průběhu roku 2015. Výzkumnou metodou byla standardizovaná česká verze dotazníku Menopause Rating Scale v elektronické formě.

Respondentky získaly v rámci vyšetření v gynekologické ambulanci specifický link, na kterém vyplnily elektronickou formu MRS. Po odeslání vyplněného dotazníku získaly ihned okamžitou zpětnou vazbu o svém stavu a doporučení, kterými by se měly řídit.

Ošetřující lékař, který klientce poskytl internetový odkaz k vyplnění nástroje, má k dispozici výsledné hodnocení a hodnocení v jednotlivých doménách, které se může automaticky ukládat v databázi klientek jako zhodnocení tíže symptomů, změn v kvalitě života konkrétních žen a vývoje symptomů v čase. Jedná se tedy o velmi cenné anamnestické údaje, které jsou lékaři či

porodní asistentce užitečné při navázání komunikace s klientkou o problematice často velmi intimní.

Původní verze dotazníku Menopause Rating Scale vznikla v Německu v devadesátých letech 20. století. Česká verze MRS v tištěné a elektronické formě vznikla v roce 2014. (Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 37 – 38).

Dotazník MRS obsahuje 11 symptomů ve 3 doménách - somato-vegetativní (SV), psychologické (P) a urogenitální (UG). Respondentky hodnotí u jednotlivých symptomů míru intenzity pomocí škály 0 – 4 (žádné – mírné – střední – výrazné – nesnesitelné) (Heinemann, 2004, s. 3 - 7).

Vyhodnocení dotazníku MRS sestává z vyhodnocení intenzity jednotlivých symptomů, ze stanovení hodnot skóre v jednotlivých doménách a z celkového skóre. Čím vyšší je intenzita obtíží, tím vyšší skór má žena v jednotlivých doménách. Vyhodnocení každé ze tří domén je provedeno součtem bodů ze všech položek, které tvoří danou doménu. Celkové vyhodnocení obtíží je poté dáno celkovým skórem ze všech tří domén. Celkový skór se tedy u respondentek pohybuje mezi 0 až 44 body (Heinemann, 2004, s. 4).

S mírou intenzity obtíží souvisejících s menopauzou úzce koresponduje i kvalita života konkrétní ženy. Čím vyšší je výsledný skór, tím více může být ovlivněna kvalita života ženy v negativním smyslu. Pro českou populaci v současnosti prozatím neexistují normy, proto jsme při vyhodnocení výše celkového skóre a zhodnocení míry ovlivnění kvality života žen vycházely z dosavadních norem stanovených u původní verze dotazníku MRS. Rozdělily jsme výsledný celkový skór do třech intervalů, kdy celkový skór 0 – 15 ukazuje na mírné obtíže a malou míru ovlivnění kvality života ženy. Celkový skór v rozmezí 16 – 30 znamená již obtíže střední intenzity a vyšší míru ovlivnění kvality života a rozmezí 31 – 44 znamená výrazné obtíže a sníženou kvalitu života konkrétní ženy (Moravcová, 2014, s. 121 - 122).

Výsledky

Vzhledem k designu výzkumu a stanovených otázkám výzkumu jsme se zaměřily na zhodnocení intenzity jednotlivých symptomů, výsledky skóre v jednotlivých doménách a na celkový skór MRS u souboru žen.

Tabulka 1 ukazuje základní statistické ukazatele sledovaných symptomů, resp. intenzitu obtíží u jednotlivých symptomů u 364 respondentek, které vyplnily elektronickou formu dotazníku MRS. Intenzitu symptomů označovaly respondentky na škále 0 až 4 (žádné, mírné, střední, výrazné, nesnesitelné). U všech symptomů respondentky udávaly velmi nízkou průměrnou intenzitu symptomů pohybující se v rozmezí žádných až mírných obtíží.

Nejintenzivněji respondentky pocítovaly obtíže u symptomu *Srdeční potíže*, kdy součet i průměr míry intenzity symptomu u respondentek je nejvyšší. Na intenzitě konkrétního symptomu se respondentky nejvíce shodly u symptomu *Předrážděnost* (u tohoto symptomu je nejnižší rozptyl hodnot) (Tabulka 1).

Dále jsme se zaměřily na četnost celkového skóre v jednotlivých kategoriích (Tabulka 2). Nejčetněji je zastoupena kategorie mírných obtíží 0 - 15, v této kategorii celkového skóre se nacházelo více než 73 % respondentek. Oproti tomu v intervalu celkového skóre 31 – 44 se nacházely pouze 2 respondentky (0,55 %).

Celkový průměrný skór u všech sledovaných respondentek byl 10 bodů, mediánová hodnota je 11 (vzhledem k diskretní proměnné uvádíme celá čísla). Průměrná hodnota celkového skóre MRS opět ukazuje, že u sledovaného vzorku respondentek se sledované symptomy estrogenního deficitu pohybují spíše v hodnotách mírné intenzity.

Tab. 1 Popisné statistiky – symptomy MRS

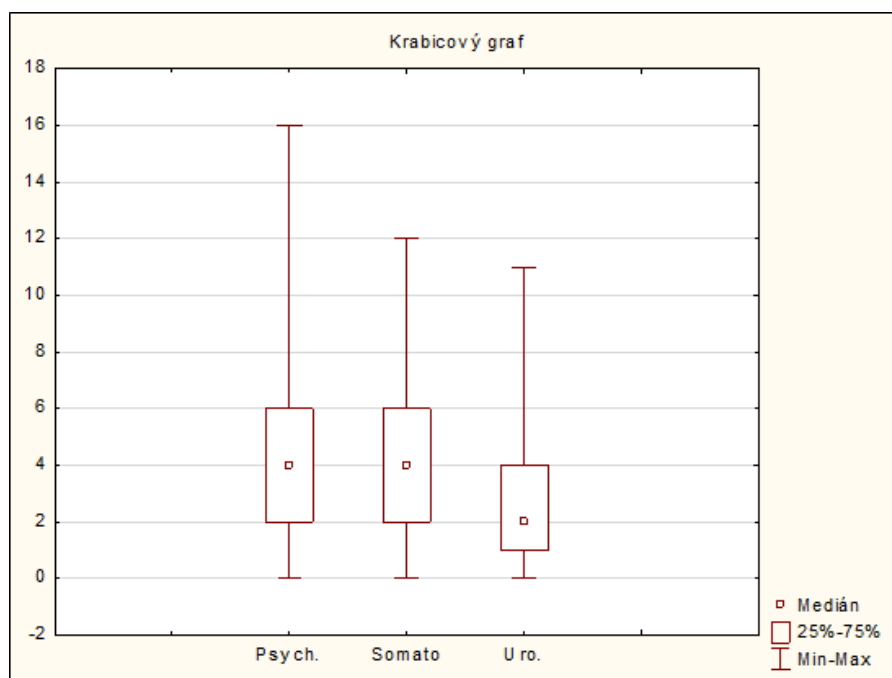
Symptomy MRS a příslušnost k doméně ↓	N	Průměr	Medián	Součet	Min	Max	Rozptyl
1. Návaly horka (SV)	364	1,13	1,00	410,00	0,00	4,00	1,07
2. Srdeční potíže (SV)	364	1,39	1,00	506,00	0,00	4,00	1,19
3. Poruchy spánku (SV)	364	0,63	0,00	230,00	0,00	4,00	0,71
4. Depresivní nálady (P)	364	1,39	1,00	505,00	0,00	4,00	0,93
5. Předrážděnost (P)	364	0,57	0,00	206,00	0,00	4,00	0,66
6. Úzkost (P)	364	0,90	1,00	329,00	0,00	4,00	0,77
7. Vyčerpání (P)	364	1,00	1,00	365,00	0,00	4,00	0,90
8. Sexuální obtíže (UG)	364	0,75	1,00	273,00	0,00	4,00	0,76
9. Močové obtíže (UG)	364	0,82	1,00	297,00	0,00	4,00	0,94
10. Suchost pochvy (UG)	364	1,04	1,00	377,00	0,00	4,00	1,08
11. Bolesti svalů a kloubů (SV)	364	1,33	1,00	483,00	0,00	4,00	1,14

Tab. 2 Tabulka četností celkového skóru MRS

Celkový skór MRS ↓	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost (%)	Kumulativní relativní četnost (%)
0 až 15	267	267	73,35	73,35
16 až 30	95	362	26,10	99,45
31 až 44	2	364	0,55	100,00
Celkem	364		100,00	

Krabicové grafy (Obrázek 1) ukazují rozložení měřených dat - intenzity symptomů v jednotlivých doménách, a to psychologické, somato-vegetativní a urogenitální. Naměřené hodnoty jsou u jednotlivých domén v rozsahu 4 (psychologická a somato-vegetativní doména – skór domény 0 - 16), resp. 3 symptomů (urogenitální doména – skór domény – 0 - 12). Nejrozdílnější intenzita symptomů se projevuje u respondentek v psychologické doméně.

Střední hodnoty i kvartilové rozložení u psychologické a somato-vegetativní domény jsou téměř shodné (medián i průměr je blízko hodnoty 4). U hodnocení urogenitální domény se obě střední hodnoty pohybují kolem hodnoty 2 (Obrázek 1). Z uvedených hodnot lze usuzovat, že respondentky pocítují v jednotlivých doménách obtíže nižší intenzity, nejnižší pak v urogenitální doméně.



Graf 1 Rozložení míry intenzity symptomů v jednotlivých doménách

Diskuze

Cílem výzkumného šetření bylo porovnat výsledky získané elektronickou formou nástroje MRS s dosavadními výzkumy a posoudit využitelnost elektronické formy MRS v českých klinických podmínkách. Zároveň jsme se zaměřily na symptomy, které jsou spojené s menopauzou a mohou ovlivňovat kvalitu života žen. Potřebná data jsme získaly pomocí elektronické formy standardizované české verze dotazníku MRS určeného pro hodnocení kvality života žen po menopauze. Respondentkami byly ženy ve věku 45 – 60 let s přítomnými symptomy estrogenního deficitu.

Ve všech třech doménách respondentky uváděly nejčastěji žádné nebo mírné až střední obtíže. Nejintenzivněji vnímaným symptomem u respondentek napříč celým souborem respondentek byl symptom Srdeční obtíže. Jako obtíže nesnesitelné míry intenzity hodnotily respondentky jednotlivé symptomy jen v malé míře. Doménou, ve které respondentky udávaly nejnižší míru intenzity obtíží, byla doména urogenitální. Tato zjištění jsou srovnatelná s výzkumem Moravcové et. al. (2014, s. 123 - 132) a výzkumem Krajewska-Ferishah et al. (2010, s. 193 - 194). Tyto výzkumy využívaly dotazník MRS v tištěné formě. V těchto výzkumech shodně respondentky udávaly nejvíce obtíží v somato-vegetativní doméně a nejnižší míra intenzity symptomů se vyskytovala v urogenitální doméně.

V doposud provedených a publikovaných studiích, které využívají MRS, se vyskytují ženy, jejichž celkový MRS skóre je minimální, ale téměř nikdy se ve studiích nevyskytují ženy, u kterých by byl celkový skóre MRS maximální (Heinemann, 2004, s. 3 - 7). Pro klinické účely je důležitá především míra změny celkového skóre, jako indikátoru úspěšnosti léčby menopauzálních obtíží (Dinger, Heinemann, 2004; Dinger et al., 2006, s. 2 - 3). Stejně tak v našem výzkumném šetření měly respondentky celkový skóre nejčastěji (více jak 73 % respondentek) v intervalu 0 – 15 (mírné obtíže a minimálně ovlivněná kvalita života).

Autoři Krajewska-Ferishah et al. (2010, s. 194) uvádí průměrné celkové skóre u souborů respondentek v jednotlivých zemích mezi hodnotami 10,8 – 12,9. V našem výzkumném šetření byl průměr celkového skóre 10,9. Jedná se tedy o srovnatelné výsledky průměrné hodnoty celkového skóre, kdy u našeho souboru respondentek průměrná hodnota celkového skóre byla jedna z nejnižších.

Závěr

Je nutné, aby ženy byly na změny související s menopauzou připravené a adekvátně informované. Zdravotníci musí mít k dispozici takový nástroj, kterým mohou případné změny v tomto období hodnotit a pak adekvátně ženám pomoci. Takovým nástrojem je Menopause Rating Scale. Jeho pozitivem pro klinickou praxi je jeho malý rozsah, srozumitelnost a využití pro hodnocení symptomů estrogenního deficitu, orientační hodnocení kvality života a hodnocení změn v čase.

Dotazník MRS se zatím ve světě používal pouze metodou „tužka - papír“. Dosud nebyly provedeny výzkumy, které by zjišťovaly možnost využití MRS v elektronické formě. Nebylo rovněž zjišťováno, zda jiná forma prezentování položek a odpovídání ovlivní výsledky oproti metodě „tužka-papír“. Autoři nástroje uvádí, že by bylo vhodné se na tuto variantu nástroje zaměřit a doporučují další zkoumání se záměrem ověření elektronické formy nástroje (Heinemann et al. 2004, s. 4).

V našem výzkumném šetření jsme využily elektronickou formu nástroje MRS k hodnocení kvality života žen a tíže symptomů u žen po menopauze. Naše výsledky jsou srovnatelné s dosavadními výzkumy.

Je otázkou, v jaké míře bude v klinické praxi elektronická forma nástroje MRS využívána. Zůstává však faktem, že oslovené respondentky neměly výraznější problémy s elektronickou formou a pozitivně hodnotily možnost se v klidu zamyslet nad svými problémy, které jsou často intimní povahy.

Elektronická forma nástroje se jeví jako vhodná možnost k navázání komunikace mezi klientkou a zdravotníky a zároveň ženě umožňuje získat prvotní zpětnou vazbu o svých problémech.

Elektronická forma MRS by mohla být velmi účinně využita i jako součást webových odborných stránek, kde by ženy mohly nacházet odpovědi na své problémy související s menopauzou. Pomocí elektronické formy MRS přístupné na těchto webových stránkách by získaly okamžitou zpětnou vazbu a doporučení jak v konkrétním případě postupovat dále. I v tomto využití první elektronické formy české verze nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze spatřujeme velký potenciál pro českou klinickou praxi.

Bibliografické odkazy

- ANDERSON, D., SIEVERT, LL., MELBY, MK., OBERMEYER, CM. Methods used in cross-cultural comparisons of sexual symptoms and their determinants. *Maturitas*. 2011;70: 135-140.
- CURRIE, H. *Menopause Matters* [online]. 2011, poslední revize 15. 12. 2011 [cit 2016-07-09]. Dostupné z: <http://www.menopausematters.co.uk/greenscore.php>
- DENNERSTEIN, L., HELMES, E. The Menopausal Transition and Quality of Life: Methodologic Issues. *Quality of Life Research*. 2000;9:721-731.
- DINGER, J., HEINEMANN, LA. *Menopause Rating Scale as outcome measure for hormone treatment*. 2004. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.menopause-rating-scale.info/documents/poster.pdf>
- DINGER, J., ZIMMERMANN, T., HEINEMANN, LAJ., STOEHR, D. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, [online] 2006;4:32. [cit. 2015-02-13]. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/4/1/32>
- GLASER, R., YORK, AE., DIMITRAKAKIS, C. Beneficial effects of testosterone therapy in women measured by the validated Menopause Rating Scale (MRS). *Maturitas*. 2011;68:355-361.
- HEINEMANN, K., RUEBIG, A., POTTHOFF, P. et al. The Menopause Rating Scale: A Methodological Review. *Health and Quality of Life Outcomes*. [online] 2004;45(2). [cit. 2015-12-17]. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/2/1/45>.

CHUNI, N., SREERAMAREDDY, CHT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC Women's Health*. [online] 2011;6. [cit 2016-02-13]. Dostupné z: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/30>>.

KRAJEWSKA-FERISHAH, K., KRAJEWSKA-KUŁAK, E., TERLIKOWSKI, S. et al. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. *Advances in Medical Sciences*. 2010;55(2):191-195.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MAREŠ, J. *Psychodiagnostika podporovaná počítačem*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání. 1992. 70 s. ISBN 80-21101-21-0.

MORAVCOVÁ, M. Hodnocení kvality života žen po menopauze. Hradec Králové: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové. 2014. Školitel: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

MORAVCOVÁ, M., MAREŠ, J., JEŽEK, S. Menopause Rating Scale – validation czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2014;5(1),36-45.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Průmyslová 395
53210 Pardubice
marketa.moravcova@upce.cz

ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIMEN IN THE ELDERLY - NURSE'S ROLE

Salvador Postigo Mota*, Raul Cordeiro**, Eduardo Ribeiro***, Rui Quintino****

* *Universidad de Extremadura, Badajoz, Departamento de Enfermería, España*

***Poytechnic Institute of Portalegre, Portugal*

****Poytechnic Institute of Portalegre, Portugal*

*****Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Portalegre, Portugal*

Abstract

The aging process and the changes occurred at biological, psychological and social level make difficult the maintenance of the autonomy of the elderly and consequently contribute to decrease their quality of life.

On the other hand, the gradual aging population, as result of the health, social and economic development of recent times, generates new challenges to professionals involved in maintaining the autonomy of this increasingly long-lived population group. In this case the role of the nurse encouraging independence and delaying everything possible dependence of the elderly is very important.

As a result of this aging population, older people often have several pathologies (comorbidity), a situation that makes they have to consume several drugs (multipharmacy) to treat them. A major problem is the incorrect performance of pharmacological treatments in the elderly, occurring most often a situation of lack of medication adherence with the problems it poses. It is very important the role of the nurse in monitoring drug treatments through health education to patients and families in order to get proper treatment.

One of the key strategies for maintaining satisfies the new emerging needs are the promotion of self-care. Nursing professionals are the primary caregivers and to us to much of the responsibility to deal with the new demands of care required by population aging.

Key words: Adherence, non-adherence, elderly, polymedicated, safety.

Introduction

The aging population is one of the greatest triumphs of humanity and one of our biggest challenges. In the XXI century, aging, globally, imposes new requirements (OMS, 2002).

The aging population across Europe has reached unprecedented proportions. Europe, currently is among the world's regions with the highest percentage of population with 15.95% of people over 65 years (IMSERSO, 2008).

In addition to this increase in older people, In the last decade the number of octogenarians has increased by 66% while the total population increased 13%, including the immigrant population (Azpiazu et al., 2002).

These demographic changes, causing a social reality hitherto unknown: increasing longevity and the specific weight of the elderly as a social group leads to increased chances of suffering from physical and psychological or mental disorders directly proportional (diseases) to the care requirements, benefits health, drug and pharmaceutical expenses. In addition to these disorders lead to increase the degree of dependency and loss of autonomy of the person, then they will need care and help in performing daily activities, family and psychological support as well as financial support to cover the same costs (IMSERSO, 2003).

Regarding the social reality in which is immersed the current generation of elderly; where a large number of people over 65 live longer to take care for their relatives, it is where it seems appropriate to assess the family structure of the elderly and the roles played by them in their

homes (Calso et al., 2002; Meléndez, Montero, Jiménez & Blanco, 2001; Muñoz, Postigo, Casado & Llanos, 2015).

We cannot forget to assess the quality of life, always from positivist perspective (valuing welfare), multidimensional (biological, functional, psychological and social) and multidisciplinary where interventions are possible in the field of promotion and prevention of deficiency situations associated with increased dependence, fragility or risk of health in its broadest sense (Calso et al., 2002; Meléndez et al., 2001).

More and more people who have two or more chronic diseases. For this reason, nurses must devise strategies to identify and give a response to special patients with fragility, conditioned even by the grouping of different processes that can occur simultaneously. Therefore, this population has two important features such as multiple diseases, defined as the presence of two or more chronic diseases and polypharmacy, and another one, defined as the consumer of 5 or more medications for 6 or more months (Núñez, 2014).

Polypharmacy increases the risk of adverse reactions and drug interactions which does not contribute to improving patient safety. With age, physiological changes alter the metabolism of some drugs and increases the frequency of sensory and cognitive deficits that hinder the correct compression and compliance (Garrido et al., 2011).

The functions of the primary caregiver include most of the tasks of care for the satisfaction of basic needs, including supervision of daily activities, pain management, medical management, control of medication and medical history (Wittenberg-Lyles et al., 2012).

As age increases, the probability of combining multiple situations that affect the functional capacity of the caregiver increases. Furthermore, the intensity of care activities and lack of social support influences the caregiver burden.

More than half of older caregivers is overloaded and one in five have low social support (Muñoz et al., 2015).

One of the main roles of nurses is health education, including information about the proper use of prescribed drugs, because if treatment is not done properly can have serious health repercussions, economic problems and low quality of life.

Adherence to the therapeutic regimen in the elderly is crucial for the welfare of elderly patients and is an important component of their health (Pérez, 2010).

Aims

The aims of this theoretical study are:

- Know the demographic trend in the last century, highlighting aging of our population in recent years.
- Show the importance both individually and collectively, of a good medication adherence in elderly.
- Know the various strategies to improve and adapt the medication adherence, maintaining the independence of the elderly.

Methods

A literature review based was made in the Web of Science, Medline and Scopus selecting the most relevant items for *adherence to the therapeutic regime* published in the last 15 years using the following keywords: adherence, non-adherence, elderly, polymedicated, safety.

Medication adherence

As mentioned above, one of the main characteristics of the elderly, is pluripathology and as a result, polypharmacy. Important parts of the elderly population usually meet their treatment

regimen more or less regular basis, but in other cases, disability, the elderly fails to take his medication and if it does, it is not the right way.

Adherence to drug treatment is essential for the welfare of the elderly, as it is an important component of your health. In people with above 80 years age, no adherence increases the likelihood of treatment failure and is responsible for unnecessary complications leading to increased health expenditure (Martín et al., 2011; Palop & Martínez, 2004).

The therapeutic failure refers to the degree to which the patient's behavior in relation to taking medication, tracking diet or lifestyle modification, matches the prescription (Pérez, 2010).

This failure, results that often cannot clearly assess the usefulness of treatment and not think that is correct for the pathology that presents the elderly. This may influence the patient to undergo further tests unnecessary to administer higher doses of regular, reaching increasing risks to the patient (Pérez, 2010)

One should not forget that the patient has the freedom to make independently decisions about their medication, being these mainly biased by personal factors relating to their health beliefs. For this reason, you should not consider any patient, mere achiever of medical decisions, but an autonomous and able to make decisions by himself or herself, and with which the clinician should establish an alliance to improve the effectiveness of drug treatment (Pérez, 2010)

When studying the follow-up period of treatment by the elderly, we can distinguish different types of default (Palop & Martínez, 2004):

- Partial Failure: The patient usually only adhere to treatment in some certain times.
- Sporadic Failure: The treatment is usually interrupted occasionally because some of the doses are forgotten.
- Sequential Failure: the elderly often abandon treatment when signs and symptoms disappear and improves your health, but when they reappear, decides to resume the treatment.
- Compliance with white coat: described as treatment compliance, when a medical visit is nearby. Usually it occurs in chronic diseases such as hypertension.
- Complete Failure: abandonment of treatment indefinitely.

It is estimated that in primary care, 6-20% of patients who are prescribed a drug, do not withdraw from the pharmacy, mainly related aspect to the economic contribution of drugs, one of the main factors of failure adherence thereto.

Currently, there is no single method for estimating adherence to treatment by a patient. You need to use several of them, to correct the deficiencies they have. It is very important to identify noncompliant patients, incorporating this activity into the daily routine of the patient.

Among the methods available to measure adherence to treatment are (Palop & Martínez, 2004):

- Direct objective methods: These methods are based on determining the drug or its metabolites in biological fluid, usually blood or urine. It is assumed that the presence of them in a fluid, says that the medication has been taken; although it may be the case Achiever of the white coat. They usually have little use because they are expensive and arranged for a small number of drugs.
- Indirect objective methods: compliance value from circumstances that relate to him and the degree of control of the disease. Most employees are counting tablets, electronic monitors attached to the packaging of medicines, assessing attendance at pre scheduled appointments, control visits to nursing to collect recipes, evaluation of therapeutic efficacy achieved and assessment of adverse effects drug.

- Subjective methods: assess the behavior and knowledge he has the patient about their disease and its treatment. These include: doctor interviewing techniques (Martín et al., 2011) and judgment.

The lack of adherence to treatment is a very serious problem of public health, since it involves unjustified costs on the health system. This has conditioned institutions to develop consensus documents, which indicate as causes therapeutic failure and affect the need to correct (Palop & Martínez, 2004; Pérez, 2010; Rodríguez et al., 2014). These consensus documents emphasize the importance of good adherence as a key pillar (Generalitat de Catalunya, 2015):

- Combating unnecessary polypharmacy and under treatment of health problems by default of necessary medication in order to achieve better control of the disease.
- Reduce conciliation errors of medication caused by communication problems and improve the safety and effectiveness of treatments.
- Improving patient adherence through the involvement and responsibility.
- To adapt drug treatments to the particularities of each patient considering comorbidity, the time is within the evolution of the disease, life expectancy and preferences.

Likewise, strategies have been devised which goals is aimed at improving adherence, presenting great potential for application in the field of primary care. These strategies can be summarized in the following detailed groups (Oscanoa, 2013; Rodríguez et al., 2014):

- Technical strategies: simplification of the regime, less frequent doses, formulations and controlled release drug combination.
- Educational strategies: medical information, informed dispensation and health education.
- Behavioral strategies: custom systems dosing schedule memory systems, or systems memory of the pattern and basic instructions.
- Treatment with direct observation: is to ensure adherence to drug treatment through the intervention of a third person who directly observed taking medication by the patient in an intermittent regimen of two or three times a week.
- Strategies social support: domiciliary support, family therapy and support groups.
- Strategies for professionals: information, courses and reminders to healthcare professionals and self control and monitoring by health professionals.
- Remember strategies to nonadherent patients: being necessary to maintain effectiveness, since the benefits of interventions diminish over time.

Conclusions

- Poor adherence to treatment in the elderly, is a complex and multifactorial issue, and even the adherent behavior of a patient can change over time due to the individual's perception on the effectiveness of the medication, pluripathologies, polypharmacy, etc.
- The morbidity and mortality induced by improper use of drugs is a reality, there are many security issues that are likely to prevent, acting and applying lessons learned with all necessary to build a secure and rational system of medication use in elderly strategies.
- Healthcare professionals should use all existing mechanisms to avoid therapeutic failure in older people, so it is considered necessary to include this issue as a priority in daily clinical practice, considering that the patient makes decisions about their medication considering factors relating to their personal health beliefs.

Bibliography

- AZPIAZU GARRIDO, M., et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76(6), 683-699.
- CALSO VELÁZQUEZ, L. et al. Estudio Comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Quito (Perú) y Sevilla (España). *Revista de Enfermería*, 2002; 15. Available in: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/384/2002-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed April 14, 2016.
- GARRIDO GARRIDO, E. et al. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Revista Calidad Asistencial*. 2011; 26(2), 90-96.
- Generalitat de Catalunya. *Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia*. Barcelona: Departamento de Salud, 2015.
- IMSERSO. *Boletín sobre el envejecimiento. "Perfiles y Tendencias". La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.
- IMSERSO. *Informe 2008 sobre las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2008.
- MARTÍN MARÍN, C. et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores polimedicados. *Metas de Enfermería*. 2011; 14(8), 24-30.
- MELÉNDEZ HERNÁNDEZ, M., et al. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*. 2001; 28(2), 91-96.
- MUÑOZ BERMEJO, L., et al. Cuidador mayor de personas mayores. *Revista ROL de Enfermería*. 2015; 38(12), 852-858.
- NUÑEZ MONTENEGRO, A. J. *Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, Málaga. 2014.
- OMS. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2002; 37(2), 74-105.
- OSCANOA, T. J. Uso seguro de los medicamentos en adultos mayores: una lista de chequeo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2013; 30(2), 320-325.
- PALOP-LARREA, V. & MARTÍNEZ, M. I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004; 28(5), 113-120.
- PÉREZ BERMEJO, J. M. Adherencia al tratamiento en personas mayores. *Revista ROL de Enfermería*. 2010; 33(4), 256-260.
- RODRÍGUEZ CHAMORRO, M. A., et al. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical Care España*. 2014; 16(3), 110-120.
- WITTENBERG-LYLES, E., et al. Stress variances among informal hospice caregivers. *Qualitative Health Research*. 2012; 22(8), 1114-1125.

Author's contact address:

prof. Salvador Postigo Mota, PhD.
Departamento de Enfermería
Universidad de Extremadura
Badajoz
España
info@salvadorpostigo.com

HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM V PALIATIVNÍ PÉČI

ASSESSMENT OF NEEDS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN PALLIATIVE CARE

Helena Novotná*, Miroslav Kala****,*******

*Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství, student DSP

**Nemocnice Tábor, a.s.

*** Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

****Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Abstrakt

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit subjektivní hodnocení důležitosti a současného naplnění potřeb pacientů s pokročilou formou chronického srdečního selhání.

Metody: Výzkum zahrnoval soubor celkem 85 pacientů s pokročilou formou chronického srdečního selhání (CHSS), kterým byla poskytována obecná paliativní péče na lůžkách standardní a následné péče v nemocnicích v České republice. Jako výzkumný nástroj byl použit dotazník pro hodnocení potřeb v paliativní péči PNAP (Patient Needs Assessment Palliative Care), který vychází z holistického pojetí péče, kde pacienti hodnotí důležitost a současně naplněnost jednotlivých potřeb rozdělených do 7 domén - fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnických pracovníků, smysl života a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 49 žen a 36 mužů. Průměrný věk pacientů s pokročilou formou chronického srdečního selhání byl 73,7 let. V doméně fyzické symptomy považovali respondenti za nejčastěji důležité a současně nejméně naplněné „být bez bolesti“ a „nebýt dušný“. Nejméně byli spokojeni s naplněním potřeb v doméně smysl života a smíření, možnost sdílení emocí a autonomie. Ženy hodnotily naplněnost potřeb v doménách fyzické symptomy, smysl života a smíření signifikantně lépe než muži ($p < 0,05$).

Závěr: Prioritou paliativní péče je důraz na kvalitu života nemocného a jeho rodiny a současně saturace bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Identifikace těchto potřeb je zásadní pro plánování ošetrovatelských intervencí.

Klíčová slova: chronické srdeční selhání; paliativní péče; důležitost potřeb; naplněnost potřeb

Abstract

Aim: The aim of study was to determine the subjective assessment of importance and fulfillment of needs of patients with advanced chronic heart failure.

Methods: Total 85 patients were included, who were given generally palliative care on the inpatient department acute and follow-up care in hospitals in the Czech Republic. A questionnaire for assessment of needs in palliative care - PNAP (Patient Needs Assessment Palliative Care) was used. The questionnaire based on the holistic concept of care, where patients assess the importance and fulfillment of needs divided into 7 domains – physical symptoms, social services, respect and support health workers, the meaning of life and reconciliation, autonomy, the ability to share emotions, religious needs.

Results: The study included a total of 49 women and 36 men. The average age of patients with advanced chronic heart failure was 73.7 years. Respondents considered as the most important and together the least filled "to be pain free" and "not being short of breath" in the domain of physical symptoms. They were at least satisfied with meet the needs in the domain of the meaning of life and reconciliation, the possibility of sharing emotions and autonomy. Women

assessed needs significantly better than men ($p < 0.05$) in the domains of physical symptoms, the meaning of life and reconciliation.

Conclusion: The priority of palliative care is to focus on the quality of life of the patient and his family and at the same saturation physical, psychological, social and spiritual needs of the patient. Identification these needs is essential for planning nursing interventions.

Key words: chronic heart failure; palliative care; the importance of needs; fulfillment of needs.

Úvod

Prioritou paliativní péče je důraz na kvalitu života nemocného a jeho rodiny a současně saturace bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Adaptace na nevyléčitelné onemocnění znamená změnu hodnotových řebříčků, priorit i očekávání od života. Představa pacienta o dobré kvalitě života a hodnocení své aktuální kvality života je důležité z hlediska plánování lékařských, ošetrovatelských, psychologických i sociálních intervencí.

Pokročilé chronické srdeční selhání (CHSS) je progresivně probíhající onemocnění se špatnou životní prognózou. V evropských zemích se vyskytuje u 1-2 % populace s výrazným nárůstem ve vyšších věkových skupinách (Lazárová et al., 2012, s. 246). V České republice je prevalence udávána 300 000 nemocných s významným nárůstem nad 70 let věku, incidence je 40 000 nových případů ročně (Špinar et al., 2012, s. 4).

Současná terapie srdečního selhání je zaměřena především na ovlivnění výskytu a progresu onemocnění a na snížení úmrtnosti. I přes pokroky v léčebných postupech má onemocnění nadále horší prognózu než některá pokročilá onkologická onemocnění (karcinom prsu nebo prostaty) (Kabelka, Havlénová, 2009, s. 80).

Cíl práce

Cílem našeho šetření bylo zjistit subjektivní hodnocení důležitosti a současného naplnění potřeb pacientů s pokročilou formou CHSS, kterým je poskytována obecná paliativní péče na lůžkách standardní a následné péče v nemocnicích v České republice.

Soubor a metodika

Soubor nemocných tvořili pacienti s chronickým srdečním selháním hospitalizovaní na lůžkách, standardní, následné péče, dlouhodobé a geriatrické péče v nemocnicích Tábor, Písek, Strakonice, Havířov, Kolín, Znojmo. Výzkum probíhal v období říjen 2014 – červen 2015. O vyplnění dotazníku bylo požádáno celkem 85 pacientů s pokročilou formou CHSS. Zařazovacími kritérii pro pacienty s CHSS bylo stadium dle NYHA klasifikace III-IV, ejekční frakce levé komory $< 30\%$ a bylo u nich signifikantním způsobem (písemný záznam v chorobopise pacienta) rozhodnuto o paliativním léčebném postupu. Dalším kritériem byla orientace pacienta místem, časem a osobou a ochota ke spolupráci na šetření a podepsání informovaného souhlasu. Do studie bylo zařazeno celkem 49 žen a 36 mužů. Průměrný věk pacientů s pokročilou formou chronického srdečního selhání byl 73,7 let (SD = 8,6). Věkové rozpětí bylo od 65 let do 88 let.

Pacienti byli požádáni o vyplnění dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – PNAP (Patient Needs Assessment Palliative Care). Jedná se o metodu zjišťování míry tzv. nenaplněných potřeb. Dotazník PNAP obsahuje celkem 40 jednotlivých položek sdružených do 7 domén - fyzické symptomy, sociální oblast, autonomie, respekt a podpora zdravotnického pracovníka, smysl života a smíření, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby. Jedná se o metodu zjišťování míry tzv. nenaplněných potřeb. Pacienti hodnotili u jednotlivých potřeb jejich důležitost a současně i jejich naplněnost. Nenaplněné potřeby jsou definovány jako potřeby, které pacienti označili jako důležité a současně jako nenaplněné. Ve škále důležitosti

hodnotili pacienti, jak je pro ně uvedená položka v posledním týdnu důležitá a to na 5bodové škále: 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležitá). Škálu naplněnosti vyplňují tehdy, pokud ve škále důležitosti potřeby označí položku za spíše důležitou nebo velmi důležitou (tedy číslem 4 nebo 5). Ve škále naplněnosti potřeby uváděli pacienti číslo, které nejvíce odpovídá tomu jak uvedená, pro ně důležitá položka (potřeba) byla naplněna a to na 5bodové škále: 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležitá). Pro celkové hodnocení jednotlivých domén byly provedeny výpočty doménového skóre. Doménové skóre se pohybuje v intervalu 0-100, kdy vyšší číslo znamená větší důležitost i saturaci potřeb v dané doméně (Bužgová, 2014, s. 16). Pro hodnocení rozdílu v důležitosti a míře saturace potřeb dle pohlaví byl použit t-test pro dva výběry. Statistický test byl hodnocen na hladině významnosti 5 %.

Výsledky

V tabulce 1 uvádíme jednotlivé potřeby pacientů, které uvedlo více než 50 % respondentů jako důležité nebo velmi důležité.

V doméně **fyzické potřeby** označilo jako důležitou a současně i nejméně naplněné potřeby *být bez bolesti, nemít dušnost a být bez únavy*.

V doméně **respekt a podpora zdravotnického pracovníka (ZP)** uvedli respondenti za nejdůležitější *být ošetřován s respektem a úctou a mít kolem sebe personál, který naslouchá a komunikuje*. Všechny položky v této oblasti shledali pacienti jako téměř naplněné.

Tab. 1 Vybrané položky hodnocení důležitosti a saturace potřeb dotazníkem PNAP u pacientů s pokročilou formou CHSS v paliativní péči

DOMÉNA Položky	Důležitost N* (%)	Naplněnost N** (%)	DOMÉNA položky	Důležitost N* (%)	Naplněnost N** (%)
FYZICKÉ SYMPTOMY			RESPEKT A PODPORA ZP		
bolest	85 (100)	32 (37)	respekt a úcta	68 (80)	18 (21)
únava	81 (95)	37 (43)	naslouchání a komunikace	56 (66)	16 (19)
spánek	52 (61)	31 (36)	podpora ošetřujícího personálu	50 (59)	7 (8)
dušnost	83 (98)	59 (69)	důvěra v ošetřující personál	56 (66)	5 (6)
zácpa	49 (58)	32 (37)	SMYSL ŽIVOTA A SMÍŘENÍ		
únik moči	46 (54)	14 (16)	smysl života	75 (88)	54 (64)
zvracení	46 (54)	19 (22)	vyrovnanost s nemocí	79 (93)	56 (66)
SOCIÁLNÍ OBLAST			naplněnost klidem	71 (84)	48 (56)
přítomnost někoho blízkého	67 (79)	12 (15)	pozitivní náhled na život	65 (76)	30 (35)
komunikace s někým			AUTONOMIE		
v podobné situaci	58 (68)	14 (16)	možnost péče o tělo	73 (86)	35 (41)
přístup k jiným zdrojům			vlastní rozhodování	83 (98)	13 (15)
informací	47 (55)	6 (7)	soukromí	72 (85)	12 (14)
finanční zabezpečení	59 (69)	10 (12)	strach ze závislosti		
pěkné prostředí	63 (74)	9 (11)	na pomoci druhých	74 (87)	56 (66)
MOŽNOST SDÍLENÍ EMOCÍ			informace o zdravotním stavu	76 (89)	6 (7)
sdílení pocitů z umírání a smrti	49 (58)	26 (31)			
sdílení strachu a obav	55 (65)	29 (34)			

ZP – zdravotnický pracovník, *počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou (číslo 4-5 na škále důležitosti), **počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou (číslo 4 nebo 5 na škále důležitosti) a současně jako nedostatečně saturovanou (číslo 1 nebo 2 na škále naplněnosti)

V **sociální oblasti** považovali dotazovaní respondenti za velmi důležité *mít přítomnost někoho blízkého, komunikovat s někým v podobné situaci, mít přístup k jiným zdrojům informací, dále pak být finančně zabezpečený a být v pěkném prostředí*. Potřebu komunikace s někým v podobné situaci uvedli pacienti jako nejméně naplněnou.

V doméně **smysl života a smíření** považovali pacienti za velmi důležitou potřebu *smyslu života, vyrovnanosti s nemocí, naplněnosti klidem*. Všechny tři jmenované potřeby byly současně označeny i jako nejméně naplněné. Další důležitou potřebou byla pro pacienty položka *mít pozitivní náhled na život*.

V doméně **autonomie** uvedli respondenti jako důležitou a také nejméně naplněnou potřebu *vlastního rozhodování a strachu ze závislosti na druhých*. Více než polovina dotazovaných uvedla jako důležité *mít soukromí a informace o zdravotním stavu*. V **oblasti možnosti sdílení emocí** byly označeny za důležité potřeby *sdílení pocitů z umírání a smrti, strachu a obav*. Potřeby v doméně **religiózních potřeb** byly pacienti v méně jak 50 % označeny jako důležité.

Tabulka č. 2 ukazuje rozdíl v hodnocení potřeb podle pohlaví respondentů. Signifikantní rozdíl byl zjištěn v doméně **fyzické symptomy a smysl života a smíření**, kde ženy hodnotily naplněnost potřeb v obou doménách lépe než muži. V hodnocení důležitosti potřeb byl významný statistický rozdíl v doménách **autonomie, smysl života a smíření a možnost sdílení emocí**. Všechny tyto oblasti považovaly za více důležité ženy než muži.

Tab. 2 Hodnocení rozdílu v důležitosti a saturaci potřeb dle pohlaví respondentů

Domény	Důležitost potřeb			Naplněnost potřeb		
	muži	ženy	p*	muži	ženy	p*
	skóre (s)	skóre (s)		skóre (s)	skóre (s)	
Fyzické symptomy	78,3 (14,3)	76,9 (11,4)	0,4988	58,8 (11,8)	64,4 (9,2)	0,0281
Sociální oblast	72,6 (13,9)	68,8 (9,2)	0,2103	66,2 (8,2)	63,5 (7,6)	0,1998
Autonomie	79,2 (13,6)	85,4 (12,9)	0,0401	64,2 (13,1)	60,9 (9,8)	0,2677
Respekt a podpora ZP	73,6 (10,8)	72,1 (12,6)	0,7892	67,5 (12,8)	65,6 (12,4)	0,1106
Smysl života a smíření	67,1 (12,2)	74,6 (11,5)	0,0389	55,3 (10,6)	61,2 (11,8)	0,0389
Možnost sdílení emocí	65,7 (12,4)	77,9 (9,4)	0,0026	63,6 (13,4)	60,8 (15,2)	0,2011
Religiózní potřeby	54,6 (14,2)	58,3 (13,1)	0,1158	86,2 (14,3)	83,5 (10,4)	0,1995

*s – směrodatná odchylka, * t-test pro dva výběry, rozpětí doménového skóre: 0-100 (důležitost potřeby - vyšší číslo znamená vyšší důležitost potřeby, saturace potřeby - vyšší číslo znamená vyšší spokojenost se saturací dané potřeby)*

Diskuze

Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje potřeby a tím i kvalitu života pacientů.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že v žebříčku hodnocení důležitosti potřeb vyvstávají do popředí především potřeby fyzické, existenciální a také pocit určité nezávislosti (autonomie). Všechny jmenované potřeby jsou prioritou a základem ve vnímání kvality života u většiny nemocných seniorů. Pokud jedna z těchto důležitých potřeb není u starého člověka uspokojena, následně se toto odráží v jeho celkovém stavu. K obdobným závěrům dospěla i Motlová (2009, s. 344), která uvádí, že nemocný senior potřebuje mít především pocit fyzického a psychického bezpečí. Mezi nejvíce obtěžující symptomy patřily *bolest, dušnost, únava a poruchy spánku*. Tyto příznaky jsou typické pro chronická onemocnění a jejich nedostatečné řešení, které nevede k úlevě, velmi výrazným způsobem ovlivňují kvalitu života nemocných. Jmenované symptomy byly označeny jako nejvíce zatěžující i ve výzkumu Bužgové (2014, s. 22), která měla za cíl

porovnat kvalitu života pacientů v konečném stadiu chronické a onkologické nemoci při hospitalizaci.

Bez povšimnutí jistě nemůže zůstat, nízká naplněnost potřeb v oblasti *smyslu života a smíření*. Tuto kategorii můžeme považovat za jakousi oblast spirituálních či existenciálních potřeb pacienta. Hovoříme-li o saturaci spirituálních potřeb v souvislosti s těžkou nemocí, nemáme na mysli jen různé náboženské úkony. Spirituální hodnoty jsou pojmem nepoměrně širším. Bývají také nazývány hodnotami transcendentními. Pro pacienta mohou být velmi důležité i vzpomínky a bilancování života se snahou dosáhnout závěru, který lze vyjádřit slovy: „Žil jsem dobře, svůj život mohu podepsat, o blízké si nemusím dělat starost.“ V Coveyově teorii potřeb se objevuje potřeba nechat odkaz. Tato potřeba je pro každého jedince důležitá, zejména však nabývá významu u vážné nemoci (Šamánková, 2011, s. 49).

Více než polovina respondentů uvedla za důležitou potřebu *možnosti sdílení pocitů z umírání a smrti, sdílení strachu a obav*. Vyrovnavání se s diagnózou závažného onemocnění a s postupným uzavíráním životních perspektiv je náročnou životní situací člověka, podstatné je, aby nemocní nebyli s tímto pocitem sami, aby své obavy měli komu sdělit – rodině, lékaři, psychologovi, pastoračnímu pracovníkovi.

Respektování nemocného člověka, jeho jedinečnosti a důstojnosti je v dnešní době již neoddiskutovatelné. Zvláště v období vážné, těžce léčitelné nebo nevléčitelné nemoci je velice důležitý citlivý přístup nejen k samotnému nemocnému, ale i jeho nejbližším, toho je dokladem i přiřazení vysoké důležitosti jednotlivých potřeb v doméně *respekt a podpora zdravotnického pracovníka*.

V doméně *autonomie* preferovali pacienti potřebu *mít dostatek informací, možnost dělat vlastní rozhodnutí a mít dostatek soukromí*. Oblast autonomie, kdy je respektováno právo na názor pacienta i v obtížné situaci nemoci, je jednou z šesti oblastí, které determinují kvalitu života pacientů (Haškovcová, 2007, s. 162). Jako nejméně naplněná potřeba byl označen *strach ze závislosti na druhých*. Úzkost z potencionální nesoběstačnosti provází většinu nevléčitelných onemocnění. Dle Johnsona (2011, s.39) je i v paliativní péči velice důležité u nemocného aktivní rehabilitaci posilovat jeho nezávislost a sebevědomí a při nedostatečné mobilitě používat vhodné kompenzační zdravotní pomůcky. Velmi kladný vliv má i zařazení ergoterapie či arteterapie do běžného denního režimu.

Ženy v porovnání s muži hodnotily naplněnost potřeb v doméně *smyslu života a smíření a fyzických symptomů* signifikantně lépe než muži. Ludka et al. (2016, s.39), kteří hodnotili kvalitu života pacientů s CHSS kombinací dotazníků, SF-12 a MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), dospěli k obdobným závěrům, kdy oblast fyzického zdraví i a existenciální skóre hodnotily lépe ženy než muži.

Chronická neonkologická onemocnění nejsou často veřejností a někdy i samotnými zdravotníky vnímána jako letální. Mnoho autorů upozorňuje na fakt, že pacientům umírajícím na onkologická onemocnění je věnována lepší péče, zejména v léčbě bolesti a dalších symptomů a uspokojování psychických a spirituálních potřeb než pacientům v terminálním stadiu neonkologického onemocnění (Britz, 2010, s. 486). Procento pacientů v pokročilém stadiu CHSS, kterým je v současné době v České republice poskytována specializovaná paliativní péče je velmi malé. Do systému specializované paliativní péče (jako jsou domácí či mobilní hospice) se tyto pacienti téměř nedostanou. A právě komplexní multidisciplinární přístup, který specializované paliativní péče nabízí, vede zlepšení nebo alespoň udržení co možná nejlepší kvality života pacientů s nevléčitelným onemocněním.

Závěr

Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění zatížené vysokou prevalencí, morbiditou a mortalitou. Sociodemografické údaje ukazují na neustálé prodlužování délky života, což spolu

s pokroky v léčbě srdečních chorob vede k předpokladu dalšího nárůstu počtu pacientů, kteří dospějí do pokročilých stadií CHSS, ve kterých bude uplatňována paliativní péče.

Dle zahraničních studií by více než 50 % pacientů s pokročilou formou CHSS „prodalo“ polovinu zbývajících let života za to, že se budou cítit lépe (Steward, McMurray, 2005, s. 50).

U pacientů v pokročilém stádiu nevléčitelného neonkologického onemocnění je důležité, abychom věnovali zvýšenou pozornost jejich fyzickým, psychickým, sociálním a duchovním potřebám. I částečné uspokojení potřeb pacientů významně zvýší kvalitu jejich života. Je nezbytné, aby se v posledních měsících, týdnech a dnech života terminálně nemocným pacientům dostalo interdisciplinární péče, která v sobě integruje lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty a respektuje jejich hodnotové priority.

Bibliografické zdroje

BRITZ, A. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*. 2010; 24(5): 480-487.

BUŽGOVÁ, R. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči – příručka pro uživatele*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. 31s. ISBN 97-80-7464-678-2.

BUŽGOVÁ, R. Porovnání kvality života seniorů v konečném stádiu chronické a onkologické nemoci při hospitalizaci. In *Sborník kongresu XVIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: DTO CZ, s.r.o., 2014. s. 21-23. ISBN 978-80-02-02560-3.

HÁŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007. 244s. ISBN 978-80-726-2471-3.

JOHNSON, M., GADOUD, A. 2011. Palliative Care for People with Chronic Heart Failure. *Journal of Palliative Care*. 2011; 18(7): 39-40.

KABELKA, L., HAVLÉNOVÁ, V. Možnosti paliativní péče u pokročilého srdečního selhání. *Paliativna medicina a liečba bolesti*. 2009; 12 (2): 78-82.

LAZÁROVÁ, M., MÁLEK, F., TÁBORSKÝ, M. Péče o pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním. *Interní medicína pro praxi*. 2012; 14 (6): 246-249.

LUDKA, O. et al. Kvalita života pacientů s akutní dekompenzací chronického systolického srdečního selhání hodnocená pomocí standardizovaných dotazníků. *Kardiologická revue*. 2016; 18(1): 35-42.

MOTLOVÁ, L. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt*. 2007; 3 (2): 343-351.

STEWART, S., MC MURRAY, J. Palliative care for heart failure. *Journal of Palliative Care*. 2005; 21(6): 48–59.

ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. *Vnitřní lékařství*. 2012; 58 (Suppl 1): 4-40.

Kontaktní adresa autora:

PhDr. Helena Novotná

Nemocnice Tábor, a.s.

Kpt. Jaroše 2000

390 03 Tábor 3

helena.novotna@nemta.cz

STRATÉGIE ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE PODPORNÝCH OSÔB THE COPING STRATEGIES OF SUPPORTING PERSONS

Mária Novyzedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Cieľom príspevku je prezentovať výsledky prieskumu zvládania záťaže opatrovateľov pri starostlivosti o chorého člena rodiny.

Metódy: V štúdiu sme použili štandardný 28 položkový dotazník Brief COPE (Carver, 1997) s Likertovou škálou s hodnotami 1-6 a štandardizovanú Škálu emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (Džuka, Dalbert, 2002). Dotazník sme distribuovali cez pracovníkov ADOS, rodinným príslušníkom. Pri analýze získaných údajov sme využívali deskriptívne štatistické metódy a korelácie.

Výsledky: Prieskumu sa zúčastnilo 30 respondentov, najviac vo vekovej skupine 60 -70 rokov (40 %). Vo vzťahu k opatrovanému boli najčastejšie ako životný partner – manžel/ka (63 %). Priemerná dĺžka starostlivosti bola pol roka - rok (27 %). Najčastejšie aktívne stratégie zvládania záťaže boli: plánovanie, akceptácia, religiozita na Likertovej škále 5-6. Z kategórie únikových stratégií bola smerodajná odchýlka najvyššia v rámci stratégie sebarozptýlenie, čo naznačuje vyššiu frekvenciu odpovedí na Likertovej škále 3-5.

Záver: Opatrovatelia si vyberajú aktívne stratégie, ktoré im pomáhajú prekonať ťažké chvíle obdobia starostlivosti o chorého. Koreláciou medzi stratégiami zvládania záťaže a prežívaním emócií boli zistené, že respondenti, ktorí zvládajú záťaž neefektívnym spôsobom častejšie prežívajú negatívne emócie.

Keľúčové slová: podporné osoby, člen rodiny, choroba, záťaž

Abstract

Aim: The aim of this paper is to present the results of a survey of carers coping with stress when caring for a sick family member.

Methods: We used a standard 28 item questionnaire Brief COPE (Carver, 1997) with Likert scale with values of 6-1 and standardized Variety habitual emotional subjective well-being in this study (Džuka, Dalbert, 2002). The questionnaire was distributed through ADOS workers, who care for sick relatives. When you analyze the data we used descriptive statistical methods and correlations.

Results: The survey covered 30 respondents, mostly in the age group 60 -70 years of age (40 %). In relation to custody were most often as a life partner - husband / wife (63 %). The average length of treatment was half a year - year (27 %). Top Active strategies coping with stress were: planning, acceptance, religiosity on the Likert scale 5-6. From categories exit strategy it has the highest standard deviation in the strategy abreaction, suggesting a higher frequency of respondents to the Likert scale 3-5.

Conclusion: Caregivers can select an active strategy to help them overcome difficult moments term care for the sick. Correlation between strategies of coping with stress and emotional survival were found that respondents can handle the load inefficiently often experiencing negative emotions.

Key words: support of people, family member, disease, load

Úvod

Opatrovateľ v domácom prostredí je osoba, ktorá pomáha uspokojovať potreby svojmu rodinnému príslušníkovi (Tabaková, Václavíková, 2008, s.32-39). Zvládanie záťaže (coping) sa všeobecne chápe ako úsilie zvládnuť podmienky, ktoré vyžadujú alebo presahujú mieru

adaptačných schopností jedinca, ako reakcia na stres (Křivohlavý, 2012). Copingové štýly reprezentujú určité zovšeobecnené spôsoby správania v rôznych záťažových situáciách (Ruiselová a kol., 2006, s. 9-20). Zvládnuteľnosť (manageability) je miera, v ktorej osoba vníma, že zdroje sú k dispozícii a sú adekvátne pre splnenie požiadaviek, kladené podnetmi. Dostupnosť zdrojov znamená, že sú pod kontrolou jedinca samého alebo iných osôb, na ktorých sa môže spoľahnúť (napr. partnera, priateľov, kolegov, Boha, lekára). Na opačnom póle je bezvýchodiskovosť, ktorá premení z predstavy, že všetko potrebné na zvládnutie situácie je mimo dosahu. Vznikajú tak pocity úzkosti, obáv, strachu a depresie (Křivohlavý, 2012). Kritéria efektívnosti zvládania súvisia so vzťahom zvládania a zdravia, subjektívnej pohody, funkčnosti správania, emočnej senzitivity i vulnerability (Ruiselová et al., 2006, s.9-20). Zdroje zvládania záťaže, literatúra rozčleňuje na vnútorné a vonkajšie. Vnútornými zdrojmi sú osobnostné charakteristiky, ktoré udávajú, ako sa jedinec k stresu postaví a akú stratégiu zvolí. Vonkajšími zdrojmi je najčastejšie udávaná sociálna opora. Sociálna opora môže byť vnímaná ako druh sociálnej interakcie, ktorá je zdrojom zvyšovania kompetencie, sebahodnotenia jedinca a pocitov spolunáležitosti (Kliment, 2014).

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo zistiť: aké emócie opatrovatelia najčastejšie prežívajú; spôsoby zvládania záťaže opatrovateľov; súvislosť medzi prežívaním emócií a stratégiami zvládania záťaže.

Súbor a metodika

Prieskumu sa zúčastnilo 30 respondentov, najviac vo vekovej skupine 60 -70 rokov (40 %), 51 – 60 rokov 33 %, nad 70 rokov 20%. Priemerný vek bol 66,3 rokov. Vo vzťahu k opatrovanému boli ako životný partner – manžel/ka (63 %), dcéra/syn 27 %. Priemerná dĺžka starostlivosti o chorého člena rodiny bola pol roka - rok (27 %). Opatrovatelia sa starali o príbuzných s ochorením CMP 27 %, onkologické ochorenie 27 %, stavy po amputácií DK 17 %, imobilita 17 %. Subjektívne svoj telesný a duševný stav hodnotia ako mierne zhoršený (30 %), zlý (30 %), normálny (40 %).

V štúdií sme použili dotazník Brief COPE (Carver, 1997, s.92-100) 28 položkový, obsahovo rozdelený do 14 faktorov. Týchto 14 faktorov sa ďalej delí do troch skupín – zvládanie zamerané na problém, emócie a únik. Cronbachov α koeficient = 0,75. Dotazovaná osoba sa vyjadrovala na Likertovskej škále 1-6. Ďalším nástrojom bola štandardizovaná Škála emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (Džuka, Dalbert, 2002, s.234-250). Cronbachov α koeficient = 0,77. Škála obsahuje 4 položky pozitívneho rozpoloženia a šesť položiek negatívneho rozpoloženia. Respondenti odpovedali na Likertovej škále s hodnotami 1-6. Dotazník a škálu sme distribuovali cez ADOS, opatrovateľom, ktorí sa starajú o chorého rodinného príslušníka. Pri analýze získaných údajov sme využívali deskriptívne štatistické metódy a korelácie na zisťovanie závislosti.

Výsledky

Výsledky skúmania voľby copingových stratégií opatrovateľov pri starostlivosti o chorého člena rodiny ukázali využívanie efektívnych stratégií: plánovanie priemer = 4,30; SD \pm 0,96, Me - 5; inštrumentálna sociálna podpora priemer = 4,63; SD \pm 0,97, Me - 5; akceptácia priemer = 4,50 a SD \pm 1,20, Me - 5; využívanie emocionálnej podpory priemer 4,27, SD \pm 0,99, Me - 5;

V kategórii neefektívnych copingových stratégií sebarozptýlenie priemer = 3,63, SD = 1,53, Me-3; popretie priemer = 2,80, SD \pm 1,52, Me- 3; sebaobviňovanie priemer = 2,48, SD \pm 1,29, Me - 2.

Tab. 1 Spôsoby zvládania záťaž

Stratégie zvládania záťaž	Priemer	Medián	Sm.odch.
(+) Plánovanie	4,65	5	0,96
(+) Inš. soc. podpora	4,63	5	0,97
(+) Akceptácia	4,50	5	1,20
(+) Religiozita	4,30	5	1,44
(+) Využívanie e. podpory	4,27	5	0,99
(+) Sebarozptýlenie	3,63	3	1,53
(+) Aktívne zvládanie	3,52	4	1,03
(+) Ventilovanie	3,22	3	1,01
(+) Pozitívne prerámovanie	3,08	3	1,16
(-) Popretie	2,80	3	1,52
(-) Sebaobviňovanie	2,48	2	1,29
(+) Odangažované správanie	2,43	3	1,11
(+) Humor	1,53	1	0,78
(-) Užívanie drog	1,35	1	0,72

Tab. 2 Škála emocionálnej pohody

Emócie	Priemer	Medián	Sm.odch.
(-) Bolesť	4,30	4	1,32
(-) Smútok	4,24	4	1,24
(-) Strach	4,23	4	1,36
(-) Hnev	3,27	3	1,64
(+) Radosť	3,10	3	0,98
(+) Šťastie	2,80	3	0,96
(+) Telesná sviežosť	2,48	2	0,74
(-) Pocit viny	2,47	3	1,04
(-) Hanba	1,73	2	0,69
(+) Pôžitok	1,57	2	0,63

Respondenti častejšie prežívali negatívne emócie ako pozitívne. V rámci negatívnych emócií najvyššie priemerné hodnotenie má bolesť 4,30, SD \pm 1,32 a Me – 4; smútok má priemer 4,24, SD \pm 1,24; Me - 4; z pozitívnych emócií má radosť priemer 3,10, SD \pm 0,98 a Me – 0,98.

Tab. 3 Korelácia medzi prežívaním emócií a stratégiami zvládania záťaž

	Hnev	Pocit viny	Pôžitok	Hanba	Telesná sviežosť	Strach	Bolesť	Radosť	Smútok	Šťastie
Akceptácia	-0,077	-0,227	0,005	-0,118	0,175	-0,220	-0,232	0,448	-0,302	0,238
Religiozita	0,062	0,355	0,440	0,269	0,139	0,029	0,036	0,089	0,145	0,346
Popretie	0,282	0,179	-0,083	-0,046	-0,382	0,270	0,135	-0,172	0,271	-0,049
Odangažované správanie	0,384	0,290	0,074	0,360	-0,427	0,290	0,249	-0,272	0,478	-0,125
Sebaobviňovanie	0,453	0,537	-0,208	0,079	-0,336	0,330	0,438	-0,528	0,548	-0,357

Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti $p < 0, 05$. Pri pozitívnej korelácií (označená znamienkom +), môžeme očakávať že zvyšovaním hodnoty jednej premennej zvyšovanie aj druhej premennej. Pri negatívnej korelácií (označená znamienkom -), možno očakávať

zvyšovaním jednej premennej znižovanie druhej premennej. V každom riadku sú vypočítané korelačné koeficienty medzi prežívaním emócií a stratégiami zvládania záťaže. Respondenti, ktorí zvládajú záťaž neefektívnym spôsobom častejšie prežívajú negatívne emócie. V prípade efektívnej stratégie akceptácia bola štatisticky významná emócia radosť.

Diskusia

Prieskumu sa zúčastnilo 30 respondentov, najviac vo vekovej skupine 60 -70 rokov (40 %), 51 – 60 rokov 33 %. Vo vzťahu k opatrovanému boli ako životný partner – manžel/ka (63 %), dcéra/syn 27 %. Priemerná dĺžka starostlivosti o chorého člena rodiny bola pol roka - rok (27 %). Opatrovatelia sa starali o príbuzných s ochorením CMP 27 %, onkologické ochorenie 27 %, stavy po amputácií DK 17 %, imobilita 17 %. Subjektívne svoj telesný a duševný stav hodnotia ako mierne zhoršený (30 %), zlý (30 %), normálny (30 %).

V štúdiu sme použili dotazník Brief COPE (Carver, 1997, s.92-100), s 28 položkami, vyššie skóre na Likertovskej škále poukazuje na častejšie využitie daného mechanizmu zvládania a naopak. Cronbachov α koeficient = 0,75. Ako priemer tak i medián, vypovedajú o frekvencii využívania copingových stratégií. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavujú stratégie adaptívne a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu. Výsledky skúmania voľby copingových stratégií opatrovateľov pri starostlivosti o chorého člena rodiny ukázali využívanie efektívnych stratégií orientovaných na riešenie problému: plánovanie a akceptácia. Aktívny coping znamená realizáciu aktívnych intervencií s úmyslom stres eliminovať alebo aspoň zmierniť. Do tejto kategórie možno zaradiť „Carverove stratégie“ - aktívne zvládanie, plánovanie, akceptácia, pozitívne prerámovanie a religiozita.

Coping orientovaný na problém sa koncentruje na zmenu alebo zvládanie záťažovej situácie a jeho hlavnou úlohou je obmedzovať nepriaznivé účinky záťažovej situácie alebo rozlišovať zdroje na jej prekonávanie (Bally, Šišanská, 2014,s.154-159).

Coping orientovaný na citové prežívanie sa vyznačuje úsilím jedinca kontrolovať city nastávajúce pod vplyvom stresu a reguláciu citovej odpovede na účinnosti záťaže (Gajdošová, 2009). V našom prieskume to boli stratégie využívajúce inštrumentálnu sociálnu podporu 4,63 + 0,97 a emocionálnu podporu vyhodnotenú s aritmetickým priemerom 4,27, so SD \pm 0,99. V rámci emocionálnej podpory sa zameriavame na podporu verbalizácie emócií rodiny a na prežívanie bariér v sociálnych kontaktoch. Pri inštrumentálnej sociálnej podpore je dôležité zamerať sa na poskytnutie konkrétnych informácií a praktických rád v starostlivosti o pacienta v domácom prostredí. Sociálne uvedomelí respondenti majú tendenciu vzniknutú záťažovú situáciu analyzovať a nájsť jej riešenie.

Prvou úlohou efektívneho copingu by malo byť zníženie intenzity negatívnych emócií, ktoré by mohli zabrániť využívaniu aktívnych stratégií zvládania záťaže (Baumgartner a kol., 2010, s.186-204). Zvládacie schopnosti sú všetky osobnostné predpoklady v zmysle dispozícií, ktoré podmieňujú a ovplyvňujú zvládanie externých a interných stresorov na behaviorálnej, kognitívnej alebo zážitkovej úrovni (Ruiselová et al., 2006, s.9-20). Zatiaľ čo stratégie zvládania stresových situácií sú orientované na jedinca a špecifickú situáciu, pri vymedzení vzťahu stratégie správania - náročné životné situácie vystupuje do popredia podstatný moment interakcie jedinca a sociálneho prostredia. Bosson et al. (2006, s.135-150) na základe výsledkov štúdie uvádza, že zdieľanie negatívnych emócií pozitívne pôsobí na posilňovanie interpersonálnych vzťahov. Autor odporúča podporovať a rozvíjať copingovú stratégiu ventilácie ako jedného z účinných prostriedkov zvládania záťaže. Stratégia ventilácie dosiahla priemer 3,22, SD \pm 1,01. Jedinci s vysokým vnímaním stresu nevyužívajú adaptívne copingové stratégie ale preferujú skôr stratégie vyhýbania (Halama, Bakošová, 2009, s.143-148).

Medzi 3 najmenej využívané stratégie v prieskume patria: odangažované správanie, humor, užívanie drog. Coping orientovaný na únik predstavuje stratégiu, ktoré môžeme označiť aj ako

obranné. V prieskumnom súbore boli najčastejšie neefektívne stratégie: sebarozptýlenie, popretie, sebaobviňovanie.

Štýl zvládania záťaže je nepochybne vo vzťahu s úrovňou prežívania osobnej pohody. Frekvenciu prežívania pozitívnych a negatívnych emócií a neemocionálnych stavov sme zisťovali na Škále emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (Džuka, Dalbert, 2002, s.234-250). Autori škály vychádzali z predpokladu, že habituálnosť možno chápať ako častosť prežívaného rozpoloženia. Respondenti častejšie prežívali negatívne emócie ako pozitívne. Negatívne emócie, ktoré prežívajú najčastejšie boli bolesť, smútok, strach. Z pozitívnych emócií prežívajú často – málokedy radosť, šťastie.

Použitím štatistickej metódy zisťovania korelácií medzi stratégiami zvládania záťaže a prežívaním emócií boli zistené významné súvislosti. Položky stratégií zvládania stresu popretie a sebaobviňovanie negatívne korelujú s emóciami telesná sviežosť a radosť. Respondenti, ktorí zvládajú záťaž neefektívnym spôsobom častejšie prežívajú negatívne emócie. V prípade stratégie akceptácia bola štatisticky významná emócia radosť.

Podľa Džuka, Dalbert, (2002, s.234-250) sú negatívne emócie podmienené prioritne geneticky (temperamentovo), pozitívne emócie sú primárne ovplyvnené prostredím.

Ak je situácia hodnotená ako poškodzujúca, doprevádzajú ju negatívne emócie ako smútok alebo zlosť. Pozitívne emócie ako šťastie, úľava, hrdosť sa vyskytujú vtedy ak je situácia riešená priaznivo. Prežívané pozitívne emócie preukazujú schopnosť dobíjať zdroje fyzickej i psychickej energie v ťažkých životných etapách (Folkman, 2006, s. 3-14).

Záver

Cieľom prieskumu bolo zhodnotiť a posúdiť stratégie zvládania záťaže opatrovateľov pri starostlivosti o chorého člena rodiny. Išlo o identifikáciu prežívaných emócií, konkrétnych zvládacích štýlov, ich rozsah a identifikáciu potenciálne škodlivých stratégií zvládania. Možno povedať, že opatrovatelia si vyberajú stratégie, ktoré im pomáhajú prekonať ťažké chvíle obdobia starostlivosti o chorého člena rodiny. Copingové stratégie by nemali byť dopredu hodnotené ako adaptívne alebo maladaptívne. Dôležité je skúmať pre koho a za akých okolností má určitá stratégia adaptívne výsledky. Coping je proces vnímaný v kontexte a výsledky copingového úsilia sa menia podľa kontextu, času a vplyvom zmien životných podmienok.

Bibliografické odkazy

BALLY, D. – ŠIŇANSKÁ, K. 2014. *Stres ako súčasť profesie sociálnych pracovníkov*. In Rizikové správanie v teórii a praxi sociálnej práce. Košice: UPJŠ FF, 2014. s. 154-159. ISBN 978-80-8152-212-3.

BAUMGARTNER, F. – MOLČANOVÁ, Z. – CHYLOVÁ, M. 2010. Emočná inteligencia vo vzťahu ku copingu. In Ruisel, I. – Prokopčáková, A. (eds.). *Kognitívny portrét človeka*. Bratislava: Ústav experimentálnej medicíny SAV, 2010. s. 186-204. ISBN 978-80-88910-29-9.

BOSSON, J., K. – JOHNSON, A., B. – NIEDERHOFFER, K. 2006. Interpersonal chemistry through negativity: Bonding by sharing negative attitudes about others. *Personal Relationships*. 2006. 13(2): 135-150.

CARVER, CH. 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997; 4(1): 92 – 100.

DŽUKA, J.- DALBERT, C. 2002. Vývoj a overenie validity Škál emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (SEHP). *Československá psychologie*. 2002; 46 (3): 234 – 250.

FOLKMAN, S. 2006. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress & coping*. 2006; 21 (1): 3-14.

- GAJDOŠOVÁ, E. 2009. *Výber psychologických disciplín*. Bratislava: Príroda, 2009, 256 s. ISBN 978-80-07-01511-1
- HALAMA, P. - BAKOŠOVÁ, K. 2009. Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping. *Studia psychologica*, 2009; 51, (2-3): 143-148.
- KLIMENT, Pavel. 2014. *Zvládací (copingové) odpovedi v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 110 s. ISBN 978-80-244-4206-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Horieť ale nevyhorieť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo. 2012, 214 s. ISBN: SKKNA10104.
- RUISELOVÁ, Z. et al. 2006. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. 2006. Bratislava: Slovak Academic Press, 2006. s.9-20. ISBN 80-88910-23-4.
- TABAKOVÁ, M. VÁCLAVÍKOVÁ, P. 2008. Zátťaž opatrovateľov v domácom prostredí. *Profese on line*. 2008; I(1): 32-39.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Mária Novyzedláková, PhD.
Katólicka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
maria.novyzedlakova@ku.sk

KLINICKÁ PRAXE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ CLINICAL PRACTICE OF NURSING STUDENTS

Barbora Plisková*, Petr Snopek*,**

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd*

***Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava*

Abstrakt

Klinická praxe je významným studijním prostředím pro studenty ošetrovatelství. Praktická výuka uskutečňovaná v přirozeném klinickém prostředí tvoří minimálně polovinu z celkového rozsahu studijního plánu. Akademická půda i klinické prostředí v nemocnicích jsou však náročnou oblastí, kde studenti zakouší stres, který může být vystupňován až v chronickou úzkost. Klinické prostředí je pak studenty popisováno jako nejvíce stresující záležitost při studiu ošetrovatelství. Strach a úzkost jako nejčastější reakce na stres pak může mít u těchto studentů negativní dopad na výkon a na vytváření chabých vypořádacích technik a schopností, které pak ovlivňují jejich náhled na ošetrovatelství a jejich budoucí směřování. Významným modelem, který se zabývá pohodou a stresem klienta v ošetrovatelství je model Betty Neumanové, který je uplatnitelný jako koncepce pro vzdělávací instituce v ošetrovatelství právě na zmírnění stresových faktorů a podporu studentů. Významnou strategií pro snížení studentské úzkosti a k podpoře efektivní adaptace je vytvoření propojeného a funkčního systému mentorů a studentských týmů, supervizorů a vytvoření pozitivního pracovního prostředí.

Klíčová slova: klinická praxe, studenti ošetrovatelství, klinické výukové prostředí, stres, úzkost, intervenční strategie

Abstract

Clinical training has always been an important part of nursing education. Clinical practice performed in hospitals is the larger part of nursing education. However, theoretical nursing studies and clinical training might be really demanding and stressful for many students. Furthermore, nursing undergraduate students have been describing clinical practice as one of the most stressful and anxiety producing components of the whole nursing program. Stress and anxiety might have negative impact on students' productivity and therefore they develop poor coping techniques. It might effect their view on nursing in general and their future professional field. The Neuman Systems Model focuses on the client's wellness and provides a framework for the significance of the exploration of interventional strategies for nursing faculties to support their students. The role of clinical supervision, nurse teachers, pairs of undergraduate students supervising one another and positive clinical learning environment belong to significant and interventional strategies decreasing nursing students' stress and anxiety. The whole system must be interconnected all together and must work.

Key words: clinical practice, nursing students, clinical learning environment, stress, anxiety, intervention strategies

Úvod

Účelem vzdělávání v ošetrovatelství je poskytnout studentům nezbytné teoretické znalosti a klinickou zkušenost, která usnadňuje a připravuje studenty rozvinout své schopnosti a naplnit svou profesionální ošetrovatelskou roli.

Klinická praxe je významným studijním prostředím pro studenty ošetrovatelství. Praktická výuka uskutečňovaná v přirozeném klinickém prostředí tvoří minimálně polovinu z celkového rozsahu studijního plánu. Klinická výuková praxe je významná a rozvíjí u studentů odborné znalosti a dovednosti, podporuje jejich reflexní učení v klinické praxi a získávání jedinečných

praktických zkušeností. (Hosoda, 2006, Andrews, Roberts, 2011 podle Skřivánková, 2012, s. 384). „*Cílem klinické praxe studentů je zajistit efektivní a vysoce odborné prostředí pro možnost získávání, upevňování a procvičování kooperativních a autonomních činností sester. Jde o týmovou práci nejen mentora a studenta, ale všech zdravotnických pracovníků klinického pracoviště, kteří na praktické výuce studentů ošetrovatelství participují*“ (Vrublová, 2006, s. 244-246).

Akademická půda i klinické prostředí jsou však náročnou oblastí, kde studenti zakouší stres. Klinické prostředí pak mnozí studenti hodnotí jako nejvíce stresující záležitost při studiu ošetrovatelství (Timmins, Kaliszer, 2002 podle Moscaritolo, 2009). Zkoumání zkušeností studentů ošetrovatelství se stresem a úzkostí při klinické praxi není novým fenoménem. Existuje mnoho empirických studií, které se datují až do 70. let 20. století, které se stresem a úzkostí studentů zabývají (Moscaritolo, 2009). Bohužel stále neexistuje mnoho studií o tom, jak studenti tuto svoji zkušenost se strachem a stresem zvládají, a jak jsou jim fakulty nápomocny (Moscaritolo, 2009).

Cíl práce

Cílem teoretického příspěvku je zaměřit pozornost na klinické praxe studentů ošetrovatelství, které mohou být zdrojem stresu a úzkosti a mít vliv na jejich výkon a další směřování.

Metodika

Text byl zpracován na základě dostupných odborných zdrojů a vlastních zkušeností autorů s realizací klinických praxí.

Stres a úzkost

Existuje mnoho definic stresu a úzkosti. Pro účel této práce jsme zvolili definici, kdy stres je definován jako „stav organismu, kdy je ohrožena jeho integrita a organismus musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu“ (Cooper, Appley podle Hartl, Hartlová, 2000, s. 568). Psychologický stresový práh a stresová tolerance jsou ovlivněny vrozenou reaktivitou nervového systému a dalšími osobnostními charakteristikami. Významná je také skutečnost, že stresové neurohumorální regulace mají i adaptivní charakter a chrání organismus před poškozením, protože opakované malé streasy mohou pozitivně změnit reakci na stres velký tzn. že určitá příprava vede k odlišné reaktivitě a může mít příznivý výsledek (Hartl, Hartlová, 2000, s. 668).

Strach je nelibá emoce, jde o normální reakci na skutečné nebezpečí. Úzkost je nepříjemný emoční stav provázený obdobími psychickými i somatickými znaky jako je strach, ovšem příčina není známa, jde o „strach z ničeho“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 567). K rozlišení mezi strachem a úzkostí se někdy používá časová dimenze, přičemž strach je považován za záležitost epizodickou, zatímco úzkost za chronickou (Hartl, Hartlová, 2000, s. 668).

Existuje mnoho faktorů, které přispívají ve zvýšené míře k napětí a úzkosti při klinické praxi. Mezi nejvýznamnější na klinickém poli patří – neznalost klinického prostředí a první klinické zkušenosti, strach, že udělám chybu, provádění samotných ošetrovatelských intervencí a úkonů, hodnocení vyučujícími a mentory, nedostatečná podpora ze strany zdravotnického personálu a rozpor mezi teorií získanou na univerzitě a prováděnou praxí na pracovišti (Carlson et al., 2003; Shafir, Masoumi, 2005; Shipton, 2002, Sprengel, 2004; Timmins, Kaliszer, 2002 podle Moscaritolo, 2009). Zatěžující a stresující je sám fakt setkání se s nemocnými, s nevléčitelně nemocnými a s nemocnými v přímém ohrožení života. Je to zkušenost stresující pro již vyškolený a zkušený zdravotnický personál, co teprve pro studenty, kteří na klinickou půdu teprve vstupují nebo s ní mají jen malé zkušenosti.

Strach a úzkost jako nejčastější reakce na stres pak může mít u těchto studentů negativní dopad na výkon a na vytváření chabých vypořádacích technik a schopností (Hughes, podle Moscaritolo, 2009, s. 18). Strachovou reakci totiž tvoří prvky kognitivní, somatické, emoční a prvek chování. Kognitivní aspekt ztěžuje koncentraci, paměť, schopnost učit se a řešit problémy. Somatický prvek je spojený s poplachovou reakcí těla na nebezpečí, emoční prvek zahrnuje pocit hrůzy, děsu, paniky a prvek chování spojený s tendencí utéct nebo být paralyzován a zamrznout, kdy studenti nejsou schopni vykonávat ošetrovatelské postupy a výkony nebo je vykonávají ztíženě (Hill, 2004, s.261; Moscaritolo, 2009, s. 18).

Pokud mají vzdělávací instituce v ošetrovatelství fungovat jako základna a podpora studentů, je nutné, aby reflektovaly toto setkání studentů se strachem a úzkostí a je klíčové, aby je pozorovaly, vyzorovaly a sledovaly. Vždy závisí na individuální schopnosti jedince vypořádat se s úzkostí. Jsou studenti, kteří tuto skutečnost překonat zvládnou, je však nutné zaměřit se na ty studenty, u kterých jejich vlastní intervence selhaly a zasáhnout pokud úzkost dosáhla té úrovně, že negativně ovlivňuje výkon, hodnocení a sebehodnocení (Moscaritolo, 2009, s. 18).

Systémový model Betty Neumanové

Stres a stresové reakce jsou významné pro systém Betty Neumanové a je možné využít tento model jako koncepci právě pro redukci stresorů a podporu studentů na klinické půdě (Moscaritolo, 2009, s. 19).

Neumanové model je obsáhlým holistickým pohledem na systém klienta zahrnující jednotlivce, skupiny, komunity a společnost, kdy je systém klienta posuzován jako otevřený systém ve vzájemném působení na prostředí (Archalousová, 2005). Zaměřuje se na pohodu klientova systému ve vztahu k prostředí a schopnosti člověka reagovat na stresory (Moscaritolo, 2009, s. 19).

Betty Neuman vymezuje tři obranné linie jádra systému jedince jako: linii rezistence, normální linii obrany, flexibilní linii obrany.

- 1.) První linie je **linií rezistence** těla, kterou se rozumí primární vrstva jedince, která chrání jádro systému. Je to obranný mechanismus, který je nedobrovolně aktivován, když stresor napadne normální obrannou linii a směřuje ke stabilizaci klientova stavu (Archalousová, 2005).
- 2.) Symbolickým kruhem nad linií rezistence je **normální linie obrany**. Jde o obranný mechanismus těla, odráží stav obvyklé osobní pohody. Jde o schopnost jedince reagovat na stresory a jeho schopnost přizpůsobit se (Moscaritolo, 2009, s. 20).
- 3.) **Flexibilní, pružná linie** obrany je kruh nad linií normální obrany. Zabraňuje vstupu stresorů. Tato část obranných mechanismů může být různě silná, je proměnlivá v čase a závisí na aktuálním stavu jedince. Chrání normální linii obrany a asistuje při návratu do pohody. Flexibilní linii obrany je nutné cíleně posilňovat pro dostačující obranu před stresory (Moscaritolo, 2009, s. 20).

Podle Neumanové *“ošetrovatelská péče posiluje odolnost člověka pomocí přirozených i naučených reakcí nemocného na stresory a to prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jehož součástí je stanovení účelných zákroků zaměřených na snížení nepříznivých podmínek a stresových faktorů“* (Neuman, 1998 in Archalousová, 2005).

Ošetrovatelská péče v tomto systému nastupuje, když selže obranný mechanismus těla. Úkolem všeobecné sestry je monitorování aktuálních a potenciálních stresorů, které působí na zdravotní stav pacienta a ošetrovatelské intervence k navrácení rovnováhy a pohody systému jedince.

V rámci tohoto ošetrovatelského cíle je využíváno zejména koncepční teorie „Prevence jako intervence“ (Fawcett podle Moscaritolo, 2011, s. 19). Konce prevence a intervence zahrnuje

tři komponenty: primární prevenci, sekundární prevenci a terciární prevenci (Moscaritolo, 2009, s. 19).

Primární prevencí v rámci teorie ošetřovatelství podle Betty Neuman rozumíme zejména identifikaci aktuálních a možných, potenciálních stresorů, tj. stresorů, které by už jen mohly pacienta ohrožovat, které mohou proniknout za normální linii obrany pacienta, ale ještě jí nepronikly (Moscaritolo, 2009, s. 19).

Sekundární prevence se uplatňuje v situacích, kdy stresor na pacienta zjevně působí a kdy primární intervence nebyla implementována nebo byly ošetřovatelské zásahy neúspěšné. Sestra se snaží o posílení linie rezistence pacienta (Moscaritolo, 2009, s. 19).

Terciární prevence je intervencí pro zabránění regrese a vzniku možných komplikací a kdy jsou prováděny ošetřovatelské zákroky k znovunastolení pacientovi pohody s důrazem na její udržení a zachování (Moscaritolo, 2009, s. 19).

Pokud aplikujeme tento model na studentskou praxi, pak klinický stres, kterým studenti mohou trpět, narušuje normální linii obrany. Pro mnohé studenty může být strach hnacím motorem, pokud studenti však nejsou schopni zvládnout tuto skutečnost, poruší se normální linie obrany a vyvstane úzkost. Samotné intervence mohou být zahájeny už na samém počátku studentské praxe jako preventivní prostředek nebo jako prostředek, kdy již studenti úzkostí trpí, ale úzkost je v počáteční fázi. Je možné tak zabránit vystupňování a komplikacím (Moscaritolo, 2009, s. 20). Právě zde je nutná intervence a role fakult v tomto směru, kdy mohou pomoci snížit úzkosti a nastolit mechanismy k redukci stresorů a posílení flexibilní linie obrany.

Intervenční strategie

Klinické prostředí má významné postavení při akademickém vzdělávání, proto je nutné rozvíjet u studentů strategie, aby byl jejich učební proces snazší a přínosný.

Je nutné, aby tento proces zahrnul smysl pro zodpovědnost a samostatnost, kvalitní výkon a smysl pro týmovou spolupráci, snížení strachu a stresu. Významnou strategií pro snížení studentské úzkosti a k podpoře efektivní adaptace je zavedení propojeného a funkčního systému mentorů, supervizorů, studentských týmů a vytvoření pozitivního pracovního prostředí.

Mentorství – metoda jak se učit

Mentoring je metoda, která pomáhá druhému učit se, jde o vzdělávání při výkonu práce. Cílem práce mentorů je smysluplná adaptace studenta v novém pracovním prostředí, je orientováno na osobní a sociální rozvoj studenta, růst jeho odbornosti a pracovní vzestup (Langyelová, Sovová, Horanská, 2006).

Role mentora v praktické výuce je jednou z klíčových podmínek efektivní výuky. Úkolem mentora je docílit u studenta plnění stanovených cílů. Tyto vědomosti zná student ze školy spíše teoreticky a mentor ho musí tyto výkony naučit prakticky. Při tomto učení by měl mentor dodržovat určité pedagogické a didaktické zásady (zásada názornosti, přiměřenosti, soustavnosti a zásada trvalosti a operativnosti (Ulihancová, 2014, s. 31). Mentor studenty chrání před vlivem strachu a stresu, hovoří se studenty, společně si stanovují cíle, sdělují si pozitivní i negativní zkušenosti a předávají si zpětnou vazbu. Význam mentora je nezpochybnitelný. Studentům vedeným mentorem se lépe komunikuje s ostatním zdravotnickým personálem a jsou mnohem lépe integrováni do zdravotnického týmu (Jarošová, Dušová, 2008).

Studentské týmy jako zdroj podpory a bezpečí

V některých zahraničních nemocnicích jsou studentům prvních ročníků nápomocni studenti vyšších ročníků jako asistenti mentorů. Tito výukový asistenti (teaching assistants) a dohlížející instruktoři (peer instructors) pomáhají studentům začátečnickům během prvních dnů na

odděleních. Být v takovémto týmu je významné pro učení, neboť studenti se již od počátku své praxe cítí bezpečně. Pokud jsou tyto týmy založeny na vztahu upřímnosti a důvěry, stávají se významným činitelem pro studium a kvalitní praxi, neboť studenti se vzájemně podporují, učí se jeden od druhého, dohlíželi jeden na druhého. Studentské týmy jsou významným krokem a článkem v posílení nezávislosti a samostatnosti studentů v péči o pacienty. Postupně se studující stávají nezávislejší a nezávislejší v péči a v nalezení vlastního způsobu a cesty k ošetřování v péči. S týmem se však vždy mohou vrátit pro podporu a pomoc (Holst, Horberg, 2013, s. 117).

Dle studie Sprengela a Joba v roce 2001, která se zabývala stresem studentů v prvních dnech jejich klinické praxe, výsledky ukázaly ohromný pozitivní dopad této praktiky na nováčky, pokud jde o snížení úzkosti u těchto studentů a na jejich počáteční náhled na praxi jako pozitivní zkušenost (Moscaritolo, 2009, s. 21).

Supervize jako možnost vyjádřit se a reflektovat svoji zkušenost

Supervizor má být průvodcem, který pomáhá jedinci nebo týmu vnímat, vyjádřit se a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování (Supervize). Supervizor, který rozumí studentskému prostředí, studentskému myšlení a uvažování a inspiruje studenty, tak aby se cítili sebevědomě, dává jim podporu a zpětnou vazbu, vede studenty k vyjádření svých zkušeností, prožitků a reflexi, tvoří význačnou přísnost pro vzdělávání, neboť dává studentům nadhled a pohled z výšky a tím umožňuje lépe porozumět ošetrovatelským situacím, rozšiřuje obzory a redukuje stres a chaos ((Holst, Horberg, 2013, s. 118-119).

Pozitivní výukové klinické prostředí

Zdravotnický personál je významný ve vytváření vhodného studijního prostředí pro studenta. Pokud studující vnímá prostředí jako místo, kde je vítán, přijat, podporován a je chápána jeho přínosná role, je z velké části redukována jeho míra strachu a úzkosti. Být představen a zakusit si práci v dobře organizovaném fungujícím reálném zdravotnickém týmu, kterým je student přijat, ve kterém se kvalitně komunikuje a kde je možné aplikovat své znalosti a dovednosti a kde zdravotničtí pracovníci sdílí své znalosti a dovednosti ve prospěch nemocného, je důležité pro rozvoj studujících ošetrovatelství a vede k pozitivnímu náhledu na budoucí povolání a práci (Hoist, Horberg, 2013, s. 114). Vhodné výukové prostředí je potřebné pro profesní rozvoj každého studenta. „*Jedná se o vytvoření vstřícného zdravotnického týmu, klidné řešení problémů, uspokojování potřeb studentů a jistotu pomoci od členů kolektivu. Studenti se cítí lépe na oddělení, kde vládne příjemná atmosféra, kde si personál studentů váží a považuje je za součást ošetrovatelského týmu*“ (Pearcey, Elliot, 2004 podle Skřivánková, 2012, s. 385). Tyto výše uvedené atributy profesionální praxe studentů je však v současné době, vzhledem k nedostatku zdravotnického personálu, velmi obtížné udržet na odpovídající úrovni.

Taktiky proti stresu a kurzy pro studenty

Důležitým prvkem, který mohou ústavy či fakulty ošetrovatelství využít, je humor jako učební strategie, kdy je vyučování zábavnou formou, které lépe udržuje pozornost a usnadňuje učení, utužuje a upevňuje sociální vztahy, zvyšuje úctu k sobě, zmírňuje stres a úzkost (Hayden-Miles, 2002, Ulloth, 2002 in Moscaritolo, 2009, s. 20). Humor je studenty popisován jako možnost se zasmát. Nejde však o říkání vtipů a anekdot, ale o prosvětlený úhel pohledu vyučujícího, který dokáže prozářit pro studenty náročnou případně vypjatou situaci (Kuhrik et al. 1997 in Moscaritolo, 2009, s. 20). Pokud se totiž problému dokážeme zasmát, opustíme sami sebe, svůj úhel pohledu a dostáváme se tak s odstupem nad něj, již dokážeme sledovat více rovin a najít

možná východiska z náročné situace. Právě při užívání humoru se cítí studenti uvolnění a sebejistější, jejich výkon se zvyšuje, a to jak na půdě teoretické, tak praktické. Humor ve výuce je hodnocen studenty jako pozitivní zkušenost (Moscaritolo, 2009, s. 20).

Dalšími významnými prvky jsou kurzy pro studenty rozvíjející jejich schopnosti redukovat stres, udržet normální linii obrany, posílit linii rezistence a dosáhnout a udržet si stav duševní pohody. Tyto kurzy a programy instruují a vedou studenty ke vnímání přítomného okamžiku, zklidnění mysli a soustředění na dýchání prostřednictvím technik jako je jóga, meditace a relaxační techniky (the Mindfulness-Based Stress Reduction programmes; Moscaritolo, 2009, s. 21-22).

Závěr

Principiálním prvkem úspěšných klinických ošetrovatelských praxí je jejich organizace a vedení studentů ze strany fakult. Je nutné, aby fakulty a školy připravující studenty na jejich profesi věděly o stresovém vypětí a úzkosti u studentů a snažily se ji řešit. Tato zkušenost si zasluhuje pozornost a intervence, takové a v takové míře, aby studenti mohli v klidu a zodpovědět aplikovat své znalosti a vykonávat ošetrovatelské postupy a intervence, cítili podporu svých vyučujících, mentorů, zdravotnického personálu i supervizorů, neboť „zkušenosti studentů získané na klinickém pracovišti ovlivňují jejich názor na obor ošetrovatelství i na jejich budoucí zaměstnání“ (Pearcey, Elliot, 2004 podle Skřivánková, 2012, s. 385).

Bibliografické odkazy

- ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HOIST, H., HORBERG, U. Students learning in clinical practice, supervised in pairs of students – a phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013;3(8): 113-124.
- MOSCARITOLO, M. L. Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *Journal of nursing education*. January. 2009;48(1): 17-23.
- PURFEERST, R. Ch. Decreasing anxiety in nursing students. Final scholarly paper. Minnesota: St. Catherine University. December 2011 [cit. 2016-2-10]. Dostupné z: http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=ma_nursing
- SKŘIVÁNKOVÁ, E. Klinické praxe ošetrovatelství – reflexe studentů. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2012;3(2):384-389.
- ULIHANCOVÁ, N. *Kompetence mentora v odborné praxi* [online]. Diplomová práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí diplomové práce Věra Berková. Plzeň, 2014 [cit. 2016-2-10]. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/13794/Ulihancova%20Nikola%20DP,%20fin.%20verze.pdf?sequence=1>
- VRUBLOVÁ, Y. Úloha mentora v praktické výuce. In: *Trendy v ošetrovatelství IV*. [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 244 - 246. ISBN 80-7368-182-X [cit. 2016-2-10]. <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/trendy-iv-2006.pdf>
- LANGYELOVÁ, A., SOVOVÁ, K., HORANSKÁ, V. Interakcia mentor – študent. In: *Trendy v ošetrovatelství IV*. [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 131-136. ISBN 80-7368-182-X [cit. 2016-2-10]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/trendy-iv-2006.pdf>

JAROŠOVÁ, D. DUŠOVÁ, B. Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence [online]. Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a managementu ve zdravotnictví, Ostrava, 2008, [cit. 2016-3-3]. Dostupné z: projekty.osu.cz/mentor/olomouc-prispevek.doc

Supervize. Co je supervize? [online]. Český institut pro supervizi, ©2006. Stránky pro supervizi a supervidované [cit. 2016-2-10]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Barbora Plisková
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
Mostní 5139
76001 Zlín
b_pliskova@fhs.utb.cz, snopek@fhs.utb.cz

KVALITA ŽIVOTA A ETICKÝ PRÍSTUP K PACIENTOM PO TRANSPLANTÁCIÍ PEČENE

QUALITY OF LIFE AND ETHICAL APPROACH TO PATIENTS AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Tatiana Rapčíková*, Elena Janiczeková*, Marta Figová**, Anna Melichová***

*Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra ošetrovateľstva

**Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici, II. Interná klinika

***Stredná zdravotnícka škola, Banská Bystrica

Abstrakt

Úvod: Transplantácia pečene je náročný terapeutický zákrok významne ovplyvňujúci kvalitu života pacientov. Nevyhnutný je aj adekvátny etický prístup k chorým zo strany zdravotníkov.

Cieľ: Zistiť či kvalita života pacientov po transplantácii pečene závisí od vybraných demografických faktorov – veku, pohlavia a vzdelania respondentov.

Metódy: Dotazník vlastnej konštrukcie, Pearsonov Chí-kvadrát test a Fischerov exaktný test – overenie vzájomnej závislosti sledovaných javov a Phi koeficient – overenie intenzity vzájomnej závislosti (Phi = 0,40 – mierna závislosť).

Výsledky: Štatisticky významnú závislosť ($\alpha = 0,05$) sme zistili: 1. medzi pohlavím respondentov a potrebou liečby ($p = 0,0433$), spokojnosťou s podporou od priateľov ($p = 0,0433$) a spokojnosťou s prístupom personálu ($p = 0,0210$); 2. medzi vekom respondentov a možnosťou venovať sa záujmom ($p = 0,0319$), spokojnosťou s podporou rodiny ($p = 0,0157$), vekom a vierou ($p = 0,0350$); 3. medzi vzdelaním respondentov a spokojnosťou s podporou priateľov ($p = 0,0129$), dôverou v zdravotníckych pracovníkov ($p = 0,0033$) a preferovaním kvality života nad jeho dĺžkou ($p = 0,0013$). Silná závislosť je medzi vzdelaním respondentov a ich dôverou v zdravotníckych pracovníkov (Phi = 0,55) a vzdelaním respondentov a ich názormi na dôležitosť kvality života (Phi = 0,57).

Záver: Z odpovedí respondentov vyplýva, že kvalita života respondentov po transplantácii pečene je determinovaná demografickými faktormi – pohlavie, vek a vzdelanie respondentov.

Kľúčové slová: kvalita života, etický prístup, pacient, transplantácia pečene

Abstract

Introduction: Liver transplantation is very hard therapeutic intervence having a big influence on quality of life of the patients. It's necessary good ethical approach health professionals to patients.

Aim: To determine whether the quality of life after liver transplantation depends on the selected factors – age, gender and education of respondents.

Methods: Method of questionnaire of our own design, Pearson's Chi-square test and Fischer's exact test - interdependence of the observed phenomena and Phi coefficient – intensity-dependent correlation (Phi = 0,40 – a mild addiction).

Results: Statistically significant dependence ($\alpha = 0,05$) was found between 1. the gender of the respondents and the need for treatment ($p = 0,0433$), satisfaction with support from friends ($p = 0,0433$) and satisfaction with access to healthcare professionals ($p = 0,0210$); 2. between age of respondents and the possibility to pursue their interests ($p = 0,0319$), satisfaction with the support of the family ($p = 0,0157$), age and faith ($p = 0,0350$); 3. between the respondents' education and satisfaction with the support of friends ($p = 0,0129$), trust in health professionals ($p = 0,0033$) and the preferred quality of life to its length ($p = 0,0013$). Strong dependence has been demonstrated between education of respondents' confidence in health professionals (Phi

= 0,55) and respondents' education and their views on the importance of quality of life (Phi = 0,57).

Conclusion: The results has proved that the quality of life of the respondents who received a liver transplantation is determined by the selected factors – sex, age and education.

Key words: quality of life, ethical approach, patient, liver transplantation

Úvod

Transplantácie orgánov patria k špičkovým výkonom modernej medicíny a predstavujú akési meradlo vyspelosti zdravotníctva v jednotlivých krajinách. V minulosti bola transplantácia pečene experimentálnou metódou, ale so zdokonalením imunopresie, operačných techník a pooperačnej starostlivosti sa v súčasnosti zmenila na štandardnú terapeutickú metódu výrazne determinujúcu kvalitu života chorých v jej rôznorodých doménach.

Pacient a jeho rodina si po zákroku vyžadujú psychologickú, sociálnu a emocionálnu podporu zo strany zdravotníckych pracovníkov, čo spoločne s rešpektovaním dôstojnosti transplantovaných je zárukou ich efektívnejšej pooperačnej rehabilitácie a sociálnej adaptácie.

Podľa Špičáka (2008, s. 335) neexistujú jasné kritériá charakterizujúce stav, pri ktorom je treba pacientovi transplantáciu odmietnuť, alebo ho dokonca z čakacej listiny vyradiť. Ide o ťažké rozhodnutie, ktoré sa v súčasnosti opiera najmä o skúsenosť transplantačného tímu.

Somatická oblasť kvality života

U väčšiny pacientov sa krátko po transplantácii zahajuje antivirotická liečba s výrazne nežiaducimi účinkami, ako depresia, nechutenstvo, únava. Podľa Trunečku (2009, s. 262) pacienti s trvalou virologickou odpoveďou dosiahnu aj zlepšenie kvality života v oblasti fyzickej kondície. Ako uvádza Magulová (2004, s. 201), nevyhnutnou súčasťou starostlivosti o transplantovaných je užívanie liekov – imunopresív majúcich rad vedľajších účinkov.

Po transplantácii pečene je vhodné zamyslieť sa nad ďalším spôsobom stravovania, keďže aj tento aspekt vplýva na kvalitu života jedincov. Podľa Trunečku (2004) sa pacient po úspešnej transplantácii pečene môže plne venovať športu, a to aj vrcholovému, najmä bicyklovaniu, plávaniu a turistike. Návrat k pohlavnému životu, u niektorých chorých spojený s obavami, je dôležité konzultovať s ošetrojúcim lekárom, resp. s odborníkom, ktorému pacient verí (Trunečka, 2004). Únava vyplýva predovšetkým zo zlej fyzickej kondície, malej fyzickej aktivity chorých a sedavého spôsobu života. Jej stupeň závisí od kardiorespiračnej zdatnosti a je príznačný skôr pre ženy a starších pacientov (Trunečka, 2009, s. 263).

Podstatným krokom po transplantácii pečene je zmena životného štýlu. Pacient musí odhadnúť svoje fyzické a psychické možnosti a prispôbovať im každodenné aktivity.

Psychosociálna a emocionálna oblasť kvality života

Ako uvádza Kristová (2009, s. 171), jednou zo základných podmienok utvárania si pozitívneho vzťahu medzi sestrou a pacientom je adekvátny etický a psychoterapeutický prístup, kedy sa psychologickými prostriedkami prispieva k dosiahnutiu cieľa terapie. Základom psychoterapie pacientov po transplantácii pečene je liečebné pôsobenie a komunikácia. Nimi chceme pacientom uľahčiť situáciu a eliminovať depresiu, na vznik ktorej sú náchylnejší. Podstatou sesterských intervencií je nabádať pacientov, aby v rámci možností žili naplno a zlepšovali svoje vzťahy s rodinou a priateľmi. Pacienti a ich príbuzní sú edukovaní o zmenách, ktoré prináša transplantačná liečba a majú konkrétnu predstavu o tom, čo môžu od transplantácie očakávať. Ide však o reakciu na aktuálnu situáciu, a tak obavy a strach o fungovanie nového orgánu môžu pretrvávať.

Sociálna oblasť kvality života

Podpora rodiny je nevyhnutná najmä u chorých s komplikovaným pooperačným priebehom. Pomáha zlepšovať zdravotný stav a kvalitu života pacienta, pre ktorého je dôležité, aby nezostal so svojím problémom sám, aby ho mal kto vypočuť a povzbudiť, keď to potrebuje. Možno sa zmení aj intenzita priateľských vzťahov, ale priateľov by sa pacient vzdávať nemal.

Návrat do zamestnania je závislý od fyzickej kondície, dosiahnutého vzdelania a doby strávenej na čakacej listine. Viac ako 75 % pacientov pred transplantáciou pečene nie je schopných vykonávať svoje povolanie z dôvodu pokročilosti pečeneového ochorenia, ale 68 % pacientov sa do zamestnania vráti priemerne 6 mesiacov po transplantácii. Transplantácia pečene má umožniť pacientovi návrat k normálnemu životu. Sociálne začlenenie a návrat k práci k tomu prispievajú významnou mierou (Trunečka, 2009, s. 262).

Cieľ

Zistiť či kvalita života pacientov po transplantácii pečene závisí od vybraných demografických faktorov – veku, pohlavia a vzdelania respondentov.

Súbor a metodika

V kontexte so stanoveným cieľom výskumu sme oslovili 70 respondentov. Základným kritériom ich výberu bol stav po transplantácii pečene. Dotazník vyplnilo 36 pacientov (návratnosť 51 %) dispenzarizovaných v Hepatologickej ambulancii Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici a hospitalizovaných na hepatogastroenterologickom oddelení tejto nemocnice. Respondentov sme rozdelili podľa vybraných demografických faktorov – pohlavia, veku a vzdelania na 3 skupiny.

1. Pohlavie: ženy – 14 (39 %), muži – 22 (61 %).

2. Vek: od 25 – 72, priemerný vek - 50,11 rokov. Pri testoch skúmajúcich závislosti sme respondentov rozdelili do 2 podskupín: mladší do 45 rokov vrátane – 13 (36,11 %), z toho 5 (38,46 %) žien a 8 (61,54 %) mužov, starší - 46 a viac rokov – 23 (63,89 %), z toho 9 (39,13 %) žien a 14 (60,87 %) mužov.

3. Vzdelanie: základné – 4 (11 %), stredoškolské (SŠ) bez maturity - 10 (28 %), stredoškolské (SŠ) s maturitou – 12 (33 %), vysokoškolské (VŠ) – 10 (28 %) opýtaných, z toho 2 (20 %) ženy a 8 (80 %) mužov. Pri testoch skúmajúcich závislosti sme respondentov rozdelili do 2 podskupín: s VŠ a nižším ako VŠ vzdelaním – 26 respondentov, z toho 12 (46,15 %) žien a 14 (53,85 %) mužov.

Výskum bol realizovaný v období november 2012 – február 2013 dotazníkovou metódou, s použitím dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník štruktúrovaného typu obsahoval 20 uzavretých otázok. Respondenti si mali zvoliť jednu z viacerých možností odpovedí.

Na verifikáciu stanovenej hypotézy sme použili kvantitatívne spracovanie empirických údajov, čo umožnilo ich štatistické vyhodnotenie. Na štatistické spracovanie jednotlivých otázok dotazníka využitých pri overovaní hypotézy slúžili odpovede respondentov rôzneho pohlavia, veku a úrovne vzdelania, ktoré boli na základe kvantitatívnej metodiky spracovania údajov v jednotlivých podskupinách ďalej diferencované na možnosti: pohlavie – ženy, muži, vek – pod 45 a nad 45 rokov, vzdelanie – VŠ a nižšie ako VŠ vzdelanie a následne v programe Statistika štatisticky spracované. Jednotlivé podskupiny výskumného súboru neboli počtom identické, čo však pri štatistickom spracovaní výsledkov výskumu nie je nutné.

V práci interpretujeme len otázky vzťahujúce sa na kvalitu života, z testovania ktorých je zrejmá štatisticky významná vzájomná závislosť sledovaných javov overovaná pomocou Pearsonovho Chí-kvadrát testu pri 2 otázkach (početnosť odpovedí vysoká) a Fischerovho exaktného testu pri 7 otázkach (početnosť odpovedí nízka až nulová) na zvolenej hladine

významnosti $\alpha = 0,05$. Phi koeficient slúžil na overenie intenzity závislosti skúmaných javov, pričom hodnota koeficientu 0,4 svedčí o ich miernej závislosti.

Výsledky

H0: Predpokladáme, že neexistuje vzťah medzi kvalitou života pacientov po transplantácii pečene a ich demografickými údajmi.

HA: Predpokladáme, že existuje vzťah medzi kvalitou života pacientov po transplantácii pečene a ich demografickými údajmi.

Na verifikovanie H0 sme použili vybrané otázky dotazníka, ktorých skrátenú verziu uvádzame v tabuľkách 1, 2 a 3.

Interpretácia výsledkov

Chí-kvadrát testom o jednom stupni voľnosti a Fischerovým exaktným testom na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ sme testovali nezávislosť dvoch alternatívnych znakov (jeden znak: odpovede respondentov – pozitívne/negatívne postoje; druhý znak: pohlavie - muž/žena, vek: starší/mladší, vzdelanie: VŠ nie/VŠ áno).

Všade testujeme H0: Medzi danými znakmi neexistuje závislosť/testované znaky sú nezávislé.

Tab. 1 Výsledky štatistického testovania v závislosti od pohlavia

Chí-kvadrát test (df = 1) hladina významnosti: $\alpha = 0,05$	Počet respondentov		Ženy		Muži		χ^2 / p
	n	%	n	%	n	%	
Otázky a pohlavie							
Otázka 9							
Potreba liekov na podporu imunity, liečbu komplikácií a iných ochorení	11	30,55	7	63,64	4	36,36	χ^2 4,0820 p 0,0433
Otázka 12							
Spokojnosť s podporou priateľov	25	69,44	7	28	18	72	χ^2 4,0820 p 0,0433
Fischerov exaktný test							
hladina významnosti: $\alpha = 0,05$							
Otázka 16							
Spokojnosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov	35	97,22	14	40	21	60	0,0210

Interpretácia výsledkov uvedených v tabuľke 1 (otázky 9, 12 a 16)

Z výsledkov uvedených v tabuľke 1 je zrejmé, že hodnota testovacieho kritéria $\chi^2 = 4,0820$ je väčšia ako odpovedajúca kritická hodnota $\chi^2(0,05;1) = 3,8415$, preto môžeme H0 o nezávislosti testovaných znakov zamietnuť. Rovnako v otázkach 9 a 12 je $p = 0,0433$, čo oprávňuje zamietnuť nulovú hypotézu a tvrdiť, že dané znaky, t. j. potreba liečby ku každodennému fungovaniu, pričom ženy potrebujú viac liekov ako muži a spokojnosť respondentov s podporou priateľov, pričom muži sú viac spokojnejší ako ženy, sú z hľadiska **pohlavia respondentov** závislé. Závislosti v otázke 16 sme testovali Fischerovým exaktným testom. Z výsledkov odpovedí respondentov na otázku 16 vyplýva, že od **pohlavia** respondentov závisí

aj ich spokojnosť s prístupom zdravotníkov, pričom muži sú viac spokojnejší ako ženy, $p = 0,0210$.

Tab. 2 Výsledky štatistického testovania v závislosti od veku

Fischerov exaktný test hladina významnosti: $\alpha = 0,05$	Počet respondentov		Vek do 45 rokov		Vek 46 a viac rokov		p
	n	%	n	%	n	%	
	Otázky a vek						
Otázka 6 Intenzívnejšie realizovanie záujmov ako pred transplantáciou	7	63,89	6	85,71	1	14,29	0,0319
Otázka 11 Spokojnosť s podporou rodiny	21	58,33	6	28,57	15	71,43	0,0157
Otázka 15 Vplyv viery a náboženstva na zvládanie problémov	28	77,77	7	25	21	75	0,0350

Interpretácia výsledkov uvedených v tabuľke 2 (otázky 6, 11 a 15)

Závislosti v tabuľke 2 sme testovali Fischerovým exaktným testom a ich intenzitu sme vyjadrili Φ koeficientom ($\Phi = 0,4 =$ mierna závislosť). Z výsledkov uvedených v tabuľke 2 vyplýva, že od **veku respondentov** závisí: možnosť venovať sa po transplantácii svojim záujmom, pričom respondenti pod 45 rokov sa im venujú intenzívnejšie, $p = 0,0319$, $\Phi = 0,32$ – mierna závislosť); spokojnosť s podporou rodiny – respondenti nad 45 rokov sú spokojnejší viac, $p = 0,0157$, $\Phi = - 0,43$ – veľmi slabá závislosť; viera, náboženstvo – respondentom nad 45 rokov pomáha viera prekonávať ťažkosti vo väčšej miere ako mladším, $p = 0,0350$, $\Phi = - 0,43$ – veľmi slabá závislosť.

Tab. 3 Výsledky štatistického testovania v závislosti od vzdelania

Fischerov exaktný test hladina významnosti: $\alpha = 0,05$	Počet respondentov		VŠ vzdelanie		Iné ako VŠ vzdelanie		p
	n	%	n	%	n	%	
	Otázky a vek						
Otázka 12 Spokojnosť s podporou priateľov	25	69,44	10	40	15	60	0,0129
Otázka 17 Dôvera v odbornosť zdravotníckych pracovníkov	26	72,22	3	11,54	23	88,46	0,0033
Otázka 19 Dôležitosť kvality života v porovnaní s jeho dĺžkou	11	30,56	8	72,72	3	27,28	0,0013

Interpretácia výsledkov uvedených v tabuľke 3 (otázky 12, 17 a 19)

Závislosti v tabuľke 3 sme testovali Fischerovým testom a ich intenzitu sme vyjadrili Φ koeficientom. Z výsledkov v tabuľke 3 vyplýva, že od **vzdelania respondentov** závisí: spokojnosť s podporou od priateľov, pričom respondenti bez VŠ vzdelania sú spokojnejší viac, $p = 0,0129$, $\Phi = - 0,38$ – veľmi slabá závislosť; dôvera v odbornosť zdravotníckych pracovníkov, kedy respondenti bez VŠ vzdelania viac dôverujú zdravotníckym pracovníkom, $p = 0,0033$, $\Phi = 0,55$ – silná závislosť, pohľad na kvalitu života v porovnaní s jeho dĺžkou,

pričom respondenti s VŠ vzdelaním vo väčšej miere preferujú názor, že kvalita života je dôležitejšia ako jeho dĺžka, $p = 0,0013$, $\Phi = 0,57$ – silná závislosť.

Na základe výsledkov štatistického testovania zamietame H_0 a **potvrdzujeme** platnosť alternatívnej hypotézy H_A , t. j. že existuje vzájomná závislosť medzi kvalitou života a vybranými demografickými faktormi respondentov: pohlavím, vekom a vzdelaním.

Diskusia

Prvá štúdia zaoberajúca sa porovnávaním kvality života pred transplantáciou pečene a po nej bola publikovaná Tarterom. Hodnotí kvalitu života 53 pacientov, ktorí podstúpili transplantáciu pre alkoholickú pečeňovú cirhózu. Výsledky štúdie ukazujú, že celková kvalita života pacientov sa zvýšila, v oblasti fyzickej aktivity bola porovnateľná s kontrolnou skupinou, vo sfére psychosociálnej zostala kvalita života nižšia. Výsledky tejto štúdie potvrdzuje aj metaanalýza Bravatovej, ktorá zistila, že domény kvality života týkajúce sa fyzického zdravia sú transplantáciou pečene ovplyvnené viac ako domény psycho-sociálne (Trunečka, 2009, s. 261). Identický názor zastáva i Masala a kol. (2012), podľa ktorých transplantácia pečene prinavracia pacientom zdravie a kvalitu života porovnateľnú pred operačným zákrokom predovšetkým v oblasti fyzickej, avšak niektoré fyzické a predovšetkým sociálne problémy pretrvávajú neustále. Podľa autorov, intervencie ako rehabilitačný program a psychologická podpora umožňujú pacientom zvýšiť kvalitu života a spokojnosť po operácii. K podobným záverom dospela vo svojej štúdii i Mandal (2014), ktorá uvádza, že väčšina pacientov môže pracovať, chodiť do školy a realizovať bežné aktivity v rozmedzí 2 – 3 mesiacov po zákroku. V nami realizovanom výskume 64 % respondentov realizuje svoje záujmy vo väčšej, resp. v takej istej miere ako pred transplantáciou (otázka 6), pričom respondenti pod 45 rokov sú v tomto smere aktívnejší ($p = 0,0319$) a 55 % z nich trávi voľný čas predovšetkým prechádzkami a športovými aktivitami. 17 % respondentov plánuje vrátiť sa do zamestnania (otázka 8) a podľa takmer polovice respondentov (47 %) má život po transplantácii rozhodne väčší zmysel ako pred ňou (otázka 14). Bownik a Saab (2009) svojím výskumom dospeli k názoru, že fyzická zdatnosť a telesná aktivita klesá po 1 - 5 rokoch po zákroku najmä v skupine 60 a viacročných pacientov, ktorí viac trpia chronickými ochoreniami, bolesťou v rámci fyzickej domény kvality života a častejšou chronickou rejekciou orgánu. Paralelu s uvedeným vidíme i v nami realizovanom výskume, pretože z 11 respondentov užívajúcich viaceré lieky na podporu imunity i z dôvodu komplikácií či polymorbidity je takmer polovica 60 a viacročných. Ptáčková (1999) uvádza závery výskumu realizovaného v Česku v rokoch 1997 – 1998 v IKEM zameraného na porovnanie kvality života pacientov pred a jeden rok po transplantácii pečene. Pred zákrokom vyplnilo dotazníky 39 osôb a rok po transplantácii odpovedalo 36 osôb, celkom 75 (36 mužov a 39 žien, vek 14 – 64 rokov). Po transplantácii došlo k zmene „k lepšiemu“ v oblasti zdravia, psychickej pohody, v starostlivosti o seba samého a odpočinku. V porovnaní s naším výskumom dochádza k zhode v oblasti sebestačnosti, psychickej pohody a aktivitách denného života.

Záver

V priebehu uplynulých rokov sa dramaticky zlepšilo prežívanie pacientov po transplantácii a kvalita ich života, čo je jedno z hlavných kritérií ich úspešnosti a čo deklarovali aj výsledky nášho výskumu. Konečným úspechom transplantácií by však bolo, keby sa darilo prekonať hlavnú prekážku, a to nedostatok vhodných orgánov a tiež účinne predchádzať chorobám smerujúcim k nezvratnému zlyhaniu životne dôležitých orgánov.

Bibliografické odkazy

BOWNIK, H., SAAB, S. *Health - related quality of life after liver transplantation for adult recipients*. [online]. Liver Transplantation Journal, 2009;15Suppl.(2),42-49. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19876941>

- KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 80-8063-160-3.
- MAGULOVÁ, L., BOŽEKOVÁ, L., KRIŠKA, M. et al, *Interakcie liečiv v klinickej praxi*. Bratislava: SAP, 2004. 333 s. ISBN 80-89104-53-3.
- MANDAL, A. Life after a liver transplant – *New medical* [online]. Posledná revízia 6. 1. 2014 [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <<http://www.news-medical.net/.../life-after-a-liver-transplant>
- MASALA, D. et al. *Quality of life and physical activity in liver transplantation patients: results of a case-control study in Italy*. [online]. *Liver Transplantation Journal*, 2012;44(5):1346-1350. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22664013>
- PTÁČKOVÁ, A. Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater. *Československá psychologie*. 1999;43(4):338-348.
- ŠPIČÁK, J. et al. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 421 s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- TRUNEČKA, P. *Co je třeba vědět o transplantaci jater*. Plzeň: Euroverlag, 2004. 41 s.
- TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. et al. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009. 290 s. ISBN 978-80-246-1671-1.

Kontaktná adresa autora:

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.
FZ SZU Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica
Slovenská republika
tatiana.rapcikova@szu.sk

VÝSKYT ÚZKOSTI, DEPRESIE A KVALITA ŽIVOTA U PACIENTOV S DERMATOLOGICKÝMI OCHORENIAMI

THE INCIDENCE OF ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISEASES

Andrea Solgajová*, Tomáš Sollár, Gabriela Vörösová*, Dana Zrubcová***

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

***Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Ústav aplikovanej psychológie*

Abstrakt

Cieľ: Cieľom výskumu bolo zistiť rozdiely úrovne úzkosti, depresie a kvality života u pacientov s akné a atopickou dermatitídou, skúmať rozdiely vzhľadom k pohlaviu a skúmať vzťah premenných s vekom a stabilnými osobnostnými charakteristikami.

Metódy: Pre zber dát boli použité škála na meranie úzkosti HADS, Beckova subjektívna škála depresie (BDI), Dermatologický index kvality života (DLQI) a dotazník Mini IPIP (International Personality Item Pool) na hodnotenie piatich osobnostných faktorov.

Výsledky: V úrovni úzkosti, depresie a kvality života nebol medzi pacientmi s akné a pacientmi s atopickou dermatitídou zistený štatisticky významný rozdiel. Podľa pohlavia bol zistený rozdiel iba vo výskyte úzkosti v skupine pacientov s akné, pričom vyššia úzkosť bola zaznamenaná u žien. Úzkosť, depresia ani kvalita života u pacientov s akné a atopickou dermatitídou nepreukazovali s vekom štatisticky významné vzťahy. V oboch skupinách boli zistené významné vzťahy skúmaných premenných k stabilným osobnostným charakteristikám. *Záver:* Poznanie faktorov, ktoré vplývajú na výskyt psychických problémov u pacientov s akné a atopickou dermatitídou napomáha včasnej diagnostike týchto problémov, čím sa môžu eliminovať negatívne dopady psychických problémov na kvalitu života pacienta.

KLúčové slová: psychické problémy, atopická dermatitída, akné, pohlavie, vek, osobnosť

Abstract

Aim: The aim of the research was to investigate differences in anxiety, depression and quality of life between groups of patients with acne and atopic dermatitis. Further, gender differences and the relationship with age and stable personality characteristics were investigated.

Methods: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) for identifying anxiety, Beck Depression Inventory (BDI) for identifying depression, Dermatology Life Quality Index (DLQI) for identifying patients' quality of life and the Mini IPIP (International Personality Item Pool) for identifying of five personality factors were used.

Results: No significant differences in anxiety, depression and quality of life between the acne and the atopic dermatitis groups were found. According to gender the difference in anxiety was found in the acne group with higher anxiety in women. Anxiety, depression and quality of life did not correlate with age in both groups. In both groups significant relationships were found between main studied variables and personality variables.

Conclusion: The knowledge of factors that influence incidence of acne and atopic dermatitis patients' psychological problems helps early diagnostics of these problems. Therefore negative incidence of these psychological problems on patients' quality of life can be at least partially eliminated.

Key words: psychological problems, atopic dermatitis, acne, gender, age, personality

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

FSVaZ UKF v Nitre

Katedra ošetrovateľstva

Kraskova 1

Nitra 949 74

Slovenská republika

asolgajova@ukf.sk

COUPLES FACED WITH CHRONIC ILLNESS: A LITERATURE REVIEW ABOUT THE PHENOMENON “CONCURRENT RELATIONSHIPS”

Michaela Sorber****, Katharina Kapsch****, Christiane Knecht****, Andreas Büscher****, Wilfried Schnepf****

*Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Department of Nursing Science, Germany

**Osnabrück University of Applied Sciences, Faculty of Business Management and Social Sciences, Germany

***Research Group “FamiLe - Family health in the lifecourse”, Osnabrück, Germany

Abstract

Aim: Confronted with chronic illness couples have to cope with far-reaching challenges and often need to reconstruct their relationship. Such re-constructions occur in various ways. “Concurrent relationships” are one mode of couple relationships. They are a phenomenon which is observed in nursing practice, reported in the media and discussed in internet forums. However, it is not clear to what extent scientific knowledge about this form of relationship exists in the context of chronic illness. Thus, the aim is to explore the phenomenon “concurrent relationship”.

Methods: Following the main research question ‘How is the phenomenon “concurrent relationships” in the context of chronic illness described in the literature?’, a literature review was conducted. A systematic literature search was performed using six databases and further sources. Articles included were analysed and synthesised in a narrative and graphical form.

Results: Out of 3671 identified references, 12 empirical and theoretical studies were assessed for inclusion. The phenomenon appears in widely different contexts and various issues. However, it is often merely marginally investigated in the studies. The designation and understanding differ substantially, depending on perspectives and preconceptions.

Conclusion: Based on the synthesis and on theoretical considerations, a first, preliminary description of the phenomenon is presented and a request for further research is outlined.

Key words: couples, chronic illness, interpersonal relationships, concurrent relationships, extradyadic relationship, literature review

Introduction

Chronic illnesses can be characterised by their durability and their specific alternating dynamic (Corbin & Strauss, 2004; Schaeffer & Moers, 2008). They have a profound impact on the ill person’s life (Schaeffer & Moers, 2008). Furthermore, the social environment and especially the family and significant others are affected as well (Corbin & Strauss, 2004; McCormick & Blair, 2014). This applies in particular to couple relationships (Corbin & Strauss, 2004; Salewski & Vollmann, 2014). Couples have to cope and arrange their life with the chronic illness (Corbin & Strauss, 2004). Franke (2005), Nerb (2008) and Rolland (1994) illustrate the great importance of rebalancing, reconstructing and forming of relationships in the face of chronic illness.

“Concurrent relationships” are one mode of couples’ relationships. “Concurrent relationships” can be characterised through the circumstance that one partner has another partner parallel to his primary relationship (e.g. Kröger, 2010). Often the parallel relationship is termed as external, extradyadic or extramarital relationship (Kröger, 2010).

“Concurrent relationships” are a phenomenon of everyday life, which can be observed in the context of chronic illness. The phenomenon is also reported in the media (e.g. Jürgs, 2013; Mundy, 2009; Petersen, 2010) and discussed in internet forums in the context of dementia.

However, it is not clear how the phenomenon could be characterised in the context of chronic illness, how far scientific knowledge about it exists and how it can be described in the context of chronic illness from a scientific perspective.

Aim

The aim of this study was to explore the phenomenon “concurrent relationships” in couples in the context of chronic illness. The main research question was: *‘How is the phenomenon “concurrent relationships” in the context of chronic illness described in the literature?’*.

Methods

To answer this question, a literature review was conducted using an explorative approach. After determining relevant databases, criteria for inclusion were defined. All studies more or less considering the phenomenon were to be included. No limitations concerning publication period, geographic area, research design, participants and outcomes were made. Inclusion was limited to English and German articles in scientific journals. Due to limited knowledge available about the phenomenon it was challenging to develop a search strategy with an exactly fitting terminology. A redefinition of the relevant search terms was required during the process. A systematic literature search was conducted in six databases (PubMed, Scopus, CINAHL, Cochrane Library, PBSC, PsychINFO) and via hand search, following up reference lists and citation snowballing. The search strategies consisted of search terms belonging to (1) chronic illness (illness, disease, disability, health), (2) concurrent (concurrent, new, parallel, extramarital, extradyadic, adultery) and (3) relationship (relationship, partnership, couple, marriage, dyad). The search was performed in December 2015.

In- and exclusion were performed using a three step process to screen title, abstract and full-text of the identified articles. Due to the explorative character of the review, no critical appraisal was performed. After selection, articles were analysed and synthesised in a narrative and a graphic way. Therefore, a mind map was created to get an impression of the entity of the phenomenon-related studies. Subsequently, content data were extracted. A thematic analysis was conducted with regard to terminology and the formation of “concurrent relationships”.

Results

Out of 3671 references identified, 12 studies were selected for inclusion. These studies indicate that the phenomenon “concurrent relationships” has been studied before, but only to a limited extent. Table 1 shows the studies included.

Selected findings of the analysis are presented subsequently. First of all, descriptive findings are described, followed by contextual findings on terminology and formation.

Tab. 1 Overview of included articles

Author	Year	Title	Design
Davies et al.	2010	The impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships	Qualitative
Fisher et al.	2009	Psychobiological Correlates of Extramarital Affairs and Differences between Stable and Occasional Infidelity among Men with Sexual Dysfunctions	Quantitative
Karrasch & Reichert	2011	Impacts of spouse-caregiving on relationship and sexuality	Quantitative
London & Wilmoth	2014	Extramarital Relationships in the Context of Spousal Alzheimer's Disease: A Mixed-Methods Exploration of Public Attitudes	Mixed-Methods
Molassiotis et al.	2002	Life after cancer: Adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong	Qualitative
Murburg et al.	1988	Huntington's Disease: Therapy Strategies	Case reports
Rolland	1994	In Sickness and in Health: The Impact of Illness on Couples' Relationships	Theoretical
Speziale	1997	Couples, Sexual Intimacy, and Multiple Sclerosis	Case studies Theoretical considerations
Waite et al.	2009	Sexuality: Measures of Partnerships, Practices, Attitudes, and Problems in the National Social Life, Health, and Aging Study	Quantitative
Yelland	2015	Sex, Dementia, and Long-Term Care: Public Perspectives	Mixed methods approach
Zeiss & Kasl-Godley	2001	Sexuality in Older Adults' Relationships	Theoretical
Zhou, Y. et al.	2014	Motivations for sexual risk behaviors among older men in Shanghai, China: a qualitative study	Qualitative

Descriptive findings

Because of the explorative character of this literature review, it was accepted that the studies were quite heterogeneous and the phenomenon appeared in different ways and with different extents. In consequence, the studies vary in relation to the objective, the research question, the context, the methods and also to the question of how and to which extent these particular relationships are illustrated. The period of publication ranges from 1988 to 2015. A healthcare professionals' view (Rolland, 1994; Speziale, 1997), a public perspective in form of attitudes towards the phenomenon (London & Wilmoth, 2014; Waite et al., 2009; Yelland, 2015) and the view of the persons concerned are all represented (Davies et al., 2010; Karrasch & Reichert, 2011; Molassiotis et al., 2002; Murburg et al., 1988; Zhou et al., 2014). The phenomenon emerges in empirical as well as in theoretical articles. It appears in most studies within real cases, in the form of information in case descriptions (Murburg et al., 1988; Rolland, 1994) or as a result in the examination of extramarital affairs (Fisher et al., 2009) or as statements made by study participants (Karrasch & Reichert, 2011; Molassiotis et al., 2002; Zhou et al., 2014). Furthermore, three studies elaborate the phenomenon in a theoretical approach (Rolland, 1994; Speziale, 1997; Zeiss & Kasl-Godley, 2001). In addition, it appears in some studies as a hypothetical question or issue (Davies et al., 2010; London & Wilmoth, 2014; Yelland, 2015). While there are two studies in which the type of illness is not specified (Fisher et al., 2009; Karrasch & Reichert, 2011), others mention or contextualize the phenomenon in the following illness-related contexts: multiple sclerosis (Speziale, 1997), Huntington's disease (Murburg et al., 1988), gynaecological cancer (Molassiotis et al., 2002; Zhou et al., 2014), cerebral infarction (Zhou et al., 2014), traumatic brain injuries (Rolland, 1994), physical disability/illness (Murburg et al., 1988; Waite et al., 2009), terminal disease (Rolland, 1994) and dementia (Davies et al., 2010; London & Wilmoth, 2014; Murburg et al., 1988; Rolland, 1994; Waite et al., 2009; Yelland, 2015; Zeiss & Kasl-Godley, 2002).

Although studies were found in which the phenomenon appears, it must be noted that for the most part the phenomenon was not the main objective of the studies (Davies et al., 2010; Fisher et al., 2009; Karrasch & Reichert, 2011; Molassiotis et al., 2002; Murburg et al., 1988, Rolland, 1994; Speziale, 1997; Waite et al., 2009; Zeiss & Kasl-Godley, 2001; Zhou et al., 2009). Instead, it appeared primarily in form of a reference or a paragraph.

In fact, with the exception of studies on attitudes on extramarital relationships (London & Wilmoth, 2014; Yelland, 2015), the phenomenon appeared rather as a by-product than as the main research object.

Terminology

Various terms for the phenomenon have been found, which could be used to classify and to get a preliminary understanding. The designations can be categorised in three groups:

- (1) Terms like "new relationship" (Davies et al., 2010, p.8; Yelland, 2015, p.16; Zeiss & Kasl-Godley, 2001, p.24), "external relationship" (Davies et al., 2010, p.6), "extramarital relationship" (Fisher et al., 2009, p.867; Karrasch & Reichert, 2011, p. 110; London & Wilmoth, 2014, p.103; Murburg et al., 1988, p.302; Rolland, 1994, p.341; Speziale, 1997, p.25), "secondary relationship" (Fisher et al., 2009, p.868), "cohabitation with two wives" (Karrasch & Reichert, 2011, p.109), "concurrent partnerships" (Fisher et al., 2009, p.867), "romantic relationship" (Murburg et al., 1988, p.299; Davies et al., 2010, p.6), "new, intimate relationship" (Zeiss & Kasl-Godley, 2001, p.23; Yelland, 2015, p.16), "extramarital intimate relationship" (London & Wilmoth, 2014, p.107), "intimate relationship" (Davies et al., 2010, p.6) all underline a characteristic of relationship.
- (2) However, designations such as "extramarital affair" (Fisher et al., 2009, p.868; Molassiotis et al., 2002, p.118; Rolland, 1994, p.341), "mistress" (Molassiotis et al., 2002,

p.118), “affair” (Molassiotis et al., 2002, p.118; Rolland, 1994, p.341), “new fiancé” (Murburg et al., 1988, p.299), “a lover” (Rolland, 1994, p.341) refer more to aspects of an affair.

- (3) Designations like “extramarital sex” (London & Wilmoth, 2014, p.103; Zhou et al., 2014, p.3), “extramarital sexual relationship” (Fisher et al, 2009, p.867; Karrasch & Reichert, 2011, p.109), “sexual relations” (Waite et al., 2009, p.i60), “sex outside marriage” (Waite et al., 2009, p.i60), (“sexual relationship” (Davies et al., 2010, p.6) indicate to more sexual aspects of the phenomenon.

Formation

The descriptions of cases reported by Murburg et al. (1988), Rolland (1994) as well as Karrasch and Reichert (2011) enable an exemplary insight into how the formation of “concurrent relationships” can look.

Murburg et al. (1988, p.299) describe in their study about therapy strategies for families with Huntington disease the case of “Mrs. E.”, a 50-year-old widowed woman, her daughter and Mr. Q., her “new fiancé”. Mrs. E. cared for her husband who suffered from Huntington disease at home for 10 years. Mr. Q. was a family friend who helped Mrs. E. in caring for her husband. They developed a romantic relationship. After the death of Mr. E., this relationship changed to an open romantic relationship and continued (Murburg et al., 1988).

Another case is portrayed by Rolland (1994) in context of issues regarding intimacy and communication in couples facing chronic illness. Rolland (1994) writes about the case of a woman who cared for her severely disabled husband for over 25 years. The woman reported that she had “a lover” for many years, but leaving her husband never came into to her mind (Rolland, 1994, p.341).

In their study on the impact of spousal caregiving on relationship and sexuality, Karrasch and Reichert (2011) report about one study participant who suggested the acceptability of an extramarital sexual relationship or living together in one house with two wives. The authors report that the man expressed that he would like to continue caring for his spouse because of his still remaining affection (Karrasch & Reichert, 2011).

The exemplary case descriptions presented show different characteristics of formation of “concurrent relationships”. More specifically Rolland (1994, p.341) describes that the wife had “a lover”, whereas Murburg et al. (1988) describes a hidden romantic relationship, which continued in an open form after the husband passed away. Karrasch and Reichert (2011) show a hypothetical case concerning the possibility of a cohabitation with two wives in the same house. Therefore, the meaning and creating of the “new” or “secondary” relationship differ substantially. In summary, maintaining of the care for the ill spouse is common to all cases.

Discussion

In this review it was shown that the phenomenon appears in research literature, but is mostly only marginally thematised and investigated. Apart from an investigation of attitudes, a focused investigation of the phenomenon could not be found. Even so, it was noticeable that particularly study participants and clients in case descriptions addressed the phenomenon themselves or the phenomenon was investigated as a hypothetical construct. It can be assumed that the topic and its relevance has not been identified in research so far. Furthermore, also methodological challenges and moral as well as ethical issues could be aspects that may hinder a focused and deeper investigation.

Further it was shown that the phenomenon is mainly addressed in the context of dementia, especially in the media. It could thus be assumed to be a dementia-specific phenomenon. In

contrast, in research literature further diseases were able to be identified as context factors. Common to all given illnesses is the crucial impact on personal and shared life, which may be a relevant characteristic. This refers to a “noncategorical approach” in research on social domains, which is argued by Stein and Jessop (1989, p.769) in the context of chronically ill children and their families.

Considering the terminology concerning the phenomenon “concurrent relationships”, numerous different designations were found. In addition, the used terminology is also not coherent within the articles. The range of different terminologies gives reference to different characteristics of the phenomenon, but may also depend on an individual, a cultural as well as a social understanding of couple relationships. Further, the different designations may follow different research perspectives, the respective context or the participant’s designation.

Consequently, it seems that there is a lack of consistent terminology, which can result in misconceptions and also misinterpretations of a phenomenon (Boggartz, 2015).

Using the terminology “concurrent relationships” in this literature review was intended to illustrate the contemporaneity, to focus on both relationships and to remain as open as possible for further characteristics as well as descriptions. Also it was intended to avoid a judgement and to beware of giving the phenomenon subtle nuances or to accentuate one of the relationships.

Relating to the formation of “concurrent relationships”, different exemplary cases of formation of “concurrent relationships” were found. But they contained very little information and in none of the studies was a conceptual investigation performed. An important insight is the fact that in the presented cases at least a care-relationship to the ill partner remains.

Whereas some findings from the literature review could be used to clarify the phenomenon, a greater part remains diffuse. Additionally, hints also emerged, which referred to questions of distinction between possibly similar or other phenomena, such as external relations without the context of chronic illness, “concurrent relationships” of the ill partner (especially dementia patients), or divorce but maintaining care.

Potential limitations of this review belong to the heterogeneity of studies, the quality and the extent of data related to the phenomenon. Also possibly relevant articles may not have been identified through the search strategy because of a lack of conceptual clarity.

Even so, due to the open and exploratory approach it was possible to map out the research field and to get first information on the phenomenon.

Conclusion

The extent of the research literature identified, the contexts, the designations as well as the examples of how “concurrent relationships” are formed all help to get an initial understanding of the phenomenon. As a preliminary description it can be stated that “concurrent relationships” in the context of chronic illness are characterised through a parallel relationship beyond the primary couple confronted with the chronic illness. This relationship can range from a sexual affair, a clandestine or openly communicated romantic relationship to a cohabitation in one home. A continuing care-relationship with the ill partner is identified as an important characteristic of the phenomenon in the context of chronic illness.

The results of this review emphasize that the phenomenon exists but has not been investigated in more depth. The relevance of the phenomenon is underlined by its visibility in nursing practice, through the media as well as in research, but profound research and scientific comprehension is lacking and conceptual clarity is missing.

The phenomenon “concurrent relationships” still can be characterised as a diffuse and ambiguous phenomenon. Further empirical research is needed in which the construction of the phenomenon in the context of chronic illness and the experiences of the persons concerned are

examined. Especially continuing to care for an ill partner, which was identified as an important characteristic in this context, needs further attention.

Acknowledgements

This literature review is part of a doctoral project within the cooperative research group “FamiLe – Family health in the lifecourse” at Witten/Herdecke University and Osnabrück University of Applied Sciences, which is funded by the German Federal Ministry of Education and Research (reference: 01KX1113A and 01KX1113B).

I would like to acknowledge the support of my colleagues in the research group “FamiLe” in conducting this literature review. Also, I would like to thank Vivienne Krause for editing this text.

Bibliography

- BOGGARTZ, T. Begriffsanalysen in der Pflegewissenschaft. *QuPuG-Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*. 2015;2(2):126-135.
- CORBIN, J., STRAUSS, A. *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 2nd ed. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 2004. 379p. ISBN 978-3456840185.
- DAVIES, H.D. et al. The impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships. *International Psychogeriatrics*. 2010;22(4):618-628.
- FISHER, A.D. et al. Psychobiological correlates of extramarital affairs and differences between stable and occasional infidelity among men with sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(3):866-875.
- FRANKE, L. *Demenz in der Ehe. Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung in der psychosozialen Beratung für Ehepartner Demenzkranker*. Dissertation Universität Bielefeld. 2005. 379p.
- JÜRGS, A. Wenn man mit 42 Jahren an Alzheimer erkrankt. *Die Welt*. 07.11.2013. <http://www.welt.de/fernsehen/article121624066/Wenn-man-mit-42-Jahren-an-Alzheimer-erkrankt.html> (last retrieved: 21.03.2016).
- KARRASCH, R.-M., REICHERT, M. Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität (engl. Impacts of spouse-caregiving on relationship and sexuality). *Zeitschrift für Familienforschung*. 2011;23(1):102-116.
- KRÖGER, C. Sexuelle Außenkontakte und -beziehungen in heterosexuellen Partnerschaften. *Psychologische Rundschau*. 2010;61(3):123-143.
- LONDON, A.S., WILMOTH, J.M. Extramarital relationships in the context of spousal alzheimer’s disease: A mixed-methods exploration of public attitudes. In: J.H. McCormick, S.L. Blair (eds.) *Family Relationships and Familial Responses to Health Issues*. Contemporary Perspectives in Family Research. Volume 8A. Bingley: Emerald Group Publishing Ltd., 2014. pp.103-134. ISBN 978-1-78441-015-5.
- MCCORMICK, J.H., BLAIR, S.L. Foreword. In: J.H. McCormick, S.L. Blair (eds.) *Family Relationships and Familial Responses to Health Issues*. Contemporary Perspectives in Family Research. Volume 8A. Bingley: Emerald Group Publishing Ltd., 2014. pp.xi-x5. ISBN 978-1-78441-015-5.
- MOLASSIOTIS, A. et al. Life after cancer: adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong. *Psychooncology*. 2002;11(2):114-123.
- MUNDY, A. Of Love and Alzheimer’s. When Caregivers Find New Companions, Is it Adultery? *The Wall Street Journal*. 03.11.2009. http://www.wsj.com/article_email/SB10001424052748704317704574503631569278424-IMyQjAxMDA5MDAwMjEwNDIyWj.html (last retrieved: 21.03.2016).

- MURBURG, M. M. et al. Huntington's Disease: Therapy Strategies. *Family Systems Medicine*. 1988; 6(3): 290-303.
- NERB, N. *Hirnverletzung, Identität und Partnerschaft. Eine Analyse autobiographischer Erzählungen von Personen nach Hirnverletzung und ihren engsten Lebenspartnern*. Dissertation Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Br., 2008. 262p.
- PETERSEN, B. Can a Marriage Die Even When the Loved One Doesn't? *The Huffington Post*, 24.06.2010. http://www.huffingtonpost.com/barry-petersen/can-a-marriage-die-even-w_b_622664.html (last retrieved: 21.03.2016).
- ROLLAND, J.S. In Sickness and in health: The Impact of Illness on Couples' Relationships. *Journal of marital and family therapy*. 1994; 20:327-347.
- SALEWSKI, C., VOLLMANN, M. Close relationship and chronic illness. The interrelations between illness perceptions and social support. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 2014; 22(4):175-184.
- SCHAEFFER, D., MOERS, M. Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft*. 2008; 13(1):6-31.
- SPEZIALE, B.A. Couples, sexual intimacy, and multiple sclerosis. *Journal of Family Psychotherapy*. 1997; 8:13-32.
- STEIN, R.E.K., JESSOP, D.J. What diagnosis does not tell: The case for a noncategorical approach to chronic illness in childhood. *Social Science & Medicine*. 1989; 29(6):769-778.
- WAITE, L.E. et al. Sexuality: Measures of Partnerships, Practices, Attitudes, and Problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2009; 64B(S1):i56-i66.
- YELLAND, E.L. Sex, Dementia, and Long-Term Care: Public Perspectives. *Theses and Dissertations -- Family Sciences*. 2015; Paper 27. p.105. http://uknowledge.uky.edu/hes_etds/27 (last retrieved: 21.03.2016).
- ZEISS, A.M., KASL-GODLEY, J. Sexuality in Older Adults' Relationships. *Generations*. 2001; 25:18-25.
- ZHOU, Y. et al. Motivations for sexual risk behaviors among older men in Shanghai, China: A qualitative study. *BMC public health*. 2014; 14:802.

Author's contact address:

Michaela Sorber, M.Sc.
 Witten/Herdecke University
 Faculty of Health
 Department of Nursing Science
 Research Group "FamiLe – Family health in the lifecourse"
 Stockumer Straße 12
 58453 Witten
 Germany
michaela.sorber@uni-wh.de

DETERMINANTY KVALITY ŽIVOTA U SENIOROV DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE IN ELDERLY

Mária Sováriová Soósová

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Posúdiť vplyv vybraných demografických (vek, pohlavie), sociálno-ekonomických (rodinný stav, vzdelanie, príjem) a zdravotných faktorov (funkčný stav, úzkosť, depresia) na kvalitu života (QOL) seniorov v košickom regióne.

Metódy: QOL bola posúdená dotazníkom WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, funkčný stav bol hodnotený Barthelovej testom aktivít denného života (ADLs), úzkosť Beckovým dotazníkom úzkosti a depresia Zungovým seba-hodnotiacim dotazníkom depresie. Vzťahy medzi premennými boli posúdené Pearsonovým korelačným koeficientom, lineárna regresná analýza slúžila na vyhodnotenie prediktorov QOL.

Výsledky: Vo vzorke stodva seniorov bola zistená najlepšia QOL v doméne sociálnych vzťahov, smrť a umieranie a blízke vzťahy, najhoršia QOL v doméne fyzické zdravie, sociálne zapojenie a naplnenie. QOL bola u seniorov redukovaná najmä depresiou, polymorbiditou a životom bez partnera. Pozitívny vplyv na väčšinu domén QOL malo udržiavanie nezávislosti v ADLs.

Závery: Výsledky indikujú potrebu vytvárania príležitostí pre utváranie a udržiavanie sociálnych kontaktov, realizáciu rôznych aktivít voľného času, zapájanie seniorov do rôznych programov či dobrovoľníckych aktivít. Pre zlepšenie kvality života seniorov je veľmi dôležitý skrining a liečba depresie a úzkosti, ako aj udržiavanie a zlepšovanie sebestačnosti v ADLs.

Kľúčové slová: kvalita života, seniori, úzkosť, depresia, funkčný stav, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD.

Abstract

Aim: To assess the impact of selected demographic (age, sex), socio-economic (marital status, education, income) and health factors (functional status, anxiety, depression) on quality of life (QOL) of seniors in the Košice region.

Methods: QOL was assessed by WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD questionnaires, functional status was assessed of Bartel test Activities of Daily Living (ADLs), anxiety by Beck Anxiety Inventory and depression by Zung Self-rating Depression Scale. Relations between variables were assessed by Pearson correlation coefficients, linear regression analysis was used to evaluate QOL predictors.

Results: In a sample of hundred two elderly, the best QOL was found in the domain of social relationships, death and dying and intimacy, the worst QOL in physical health, social participation and past, present and future activities. QOL was reduced especially by depression, polymorbidity and life without a partner. Maintain independence in ADLs had positive impact on most of the QOL domains.

Conclusions: The results indicate a need for creating opportunities for the development and maintenance of social contacts, implementing various leisure activities, the involvement of seniors in different programs or voluntary activities. The screening and treatment of depression and anxiety, as well as maintaining and improving self-care in ADLs is very important to improve the quality of life in older adults.

Key words: quality of life, elderly, anxiety, depression, functional status, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Trieda SNP 1
040 01 Košice
maria.sovariova.soosova@upjs.sk

SPOKOJNOSŤ PACIENTOV S OŠETROVATEĽSKOU STAROSTLIVOSŤOU HODNOTENÁ TROMA ŠKÁLAMI KLASIFIKÁCIE OŠETROVATEĽSKÝCH VÝSLEDKOV (NOC) – VÝSLEDKY PILOTNEJ ŠTÚDIE

PATIENTS' SATISFACTION WITH NURSING CARE EVALUATED WITH THREE SCALES OF NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) – RESULTS OF PILOT STUDY

Mária Sováriová Soósová

Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Pacientova spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou je jedným z indikátorov kvality zdravotnej starostlivosti. Cieľom tejto štúdie bolo posúdiť spokojnosť pacientov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou a jej determinanty.

Metódy: Na posúdenie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti boli vybrané tri škály Klasifikácie ošetrovateľských výsledkov (NOC): Spokojnosť klienta/pacienta – 3014, Spokojnosť klienta/pacienta: komunikácia – 3002 a Spokojnosť klienta/pacienta: fyzické prostredie – 3007. Z ďalších nástrojov boli použité: Škála emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody, Škála všeobecnej seba-účinnosti a dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Na posúdenie závislosti medzi spokojnosťou pacienta a ďalšími premennými boli použité Mann-Whitneyho U test, Kruskal-Wallisov H test, resp. Spearmanovo rho.

Výsledky: V súbore 60 pacientov bola zistená stredná až veľká spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou. Najviac boli pacienti spokojní s vedomosťami a odbornosťou sestier a ich kompetenciami pre realizáciu ošetrovateľských výkonov. Najmenej boli pacienti spokojní s asistenciou sestier pri vyrovnávaní sa s emocionálnymi a duchovnými potrebami. V oblasti komunikácie boli zaznamenané nedostatky v predstavení sa personálu a času venovanému komunikácii. Pri hodnotení prostredia boli pacienti menej spokojní s dostupnosťou rádia, televízie a priestorov pre rodinu a návštevu. Spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou štatisticky významne ($p \leq 0,05$) kladne súvisela s ich aktuálnym zdravotným stavom, pozitívnymi emóciami, kvalitou života, vedomím vlastnej účinnosti a životom s partnerom. Vek, pohlavie, vzdelanie, príjem, predchádzajúce skúsenosti s hospitalizáciou či budúce očakávania nemali vplyv na spokojnosť pacientov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou.

Záver: Napriek tomu, že ide o pilotnú štúdiu, výsledky by mohli byť podnetom pre sestry a manažment zdravotníckych organizácií k zlepšovaniu kvality služieb zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: spokojnosť pacientov, ošetrovateľská starostlivosť, komunikácia, fyzické prostredie, kvalita.

Abstract

Aim: Patient satisfaction with the nursing care is one of the indicators of health care quality. The aim of this study was to assess patients' satisfaction with the nursing care and its determinants.

Methods: Three scales of Nursing Outcomes Classifications (NOC): Client Satisfaction – 3014, Client Satisfaction: Communication – 3002, and Client Satisfaction: Physical Environment - 3007 were selected to assess the quality of nursing care. The Scale of habitual emotional subjective well-being, General self-efficacy scale and WHOQOL-BREF questionnaire were used too. Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H test, respectively. Spearman's rho was calculated to assess dependence between patients' satisfaction and the other variables.

Results: In the group of 60 patients, moderate to high level of satisfaction with the nursing care was found. Most patients were satisfied with the knowledge and expertise of nurses and their competences to perform procedures. Patients were least satisfied with the assistance of nurses in coping with the emotional and spiritual needs. In the area of communication, shortcomings in the introducing of staff and time dedicated to communication were noted. When evaluating the environment, patients were less satisfied with the access of radio, television and space for family visits. Patient satisfaction with nursing care positively significantly ($p \leq 0.05$) associated with their current state of health, positive emotions, quality of life, self-efficacy, and with life with partner. Age, gender, education level, income, previous experience with hospitalization or future expectations had no effect on patient satisfaction with the nursing care.

Conclusion: Despite the fact that this is a pilot study, the results could be an incentive for nurses and management of health care organizations to improve the quality of health care services.

Key words: patients' satisfaction, nursing care, communication, physical environment, quality.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Trieda SNP 1
040 01 Košice
maria.sovariova.soosova@upjs.sk

ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF BURNOUT IN A GROUP OF POLISH NURSES WORKING IN HOSPITALS

Renata Stępień*, Kazimiera Zdziebło*, Sylwia Skowron**

**Jan Kochanowski University in Kielce, Faculty of Medicine and Health Sciences, Poland*

*** Polish Nurses Association – Branch in Kielce, Poland*

Abstract

Aim: The aim of this study was to analyze the severity of burnout among nurses working in hospital wards.

Methods: The study involved 220 nurses working in five hospitals located in the region of Kielce. The research was conducted in the period from November 2014 to April 2015. The surveyed nurses gave informed consent to participate in research. The study used a standardized research tool Questionnaire Areas Working Life constructed in the Canadian Institute Center for Organizational Research & Development at the University of Arcadia by Christina Maslach and Michael Leiter.

Results: Nurses working in the wards conservative, compared with nurses employed in surgical wards, received significantly lower scores in the subscale workload ($t = -2.0015$, $p < 0.0466$). In other subscales of the overall results and there were no statistically significant differences ($p > 0.05$). The degree of burnout affects the place of residence ($p < 0.03$), marital status ($p < 0.02$), number of children ($p < 0.02$) and work experience ($p < 0.03$).

Conclusion: In the group of nurses working on wards conservative workload was most strongly manifested risk factor for burnout syndrome. Burnout is significantly more strongly felt by nurses living in the city, widows and the divorced and having worked long on the same ward.

Key words: burnout, nurses, hospital

Introduction

Findings of many conducted examinations in various countries are showing that the stress and burning down are becoming a serious problem for the meaning group of professionally active persons. Examinations carried out in the European Union show that almost at itself a destructive influence of the occupational activity on the psychophysical condition is observing the 30% of employees. Maslach, Schaufeli and Leiter (2001), after conducting metaanalysis of data from examinations led in North America on 25.000 employees, that at over the 20% examined it was possible to state advanced phase of the professional burnout. However analysis results coming from 12 countries of Eastern Europe and Asia from 7.000 respondents are pointing, around about 28% examined was in a really advanced phase of the professional burnout. The Burnout property can be diagnosed at representatives of all competition demanding an great, cognitive and social emotional commitment. Nurses are also in a group of particularly exposed employees (Maslach, Leiter, 2014, p. 99-100; Ray et al. 2013, p. 255; Gregory, Mesner, 2015, p. 135).

In our times the nursing internship requires presenting high professional qualifications, employing biopsychosocial sick persons into solving many-sided problems often very much, as well as meeting still growing social expectations with regard to the quality of the care. In close correlation with exchanged expectations a personality development of the nurse including the attitude for her and professional interests and abilities stay in the scope of announcing. Factors connected with improperly functioning organization, her culture, incentive scheme, way of organising the work, dominating styles of control are also essential (Debska, Pasek, 2014, p.118-119; Havrdova, Krupkova 2013, 75-77; Cañadas-De la Fuente et al., 2014, p. 240-241).

Aim

A risk analysis of the phenomenon of the professional burnout was a purpose of the work in various areas of the workplace of nurses employed in the hospital care.

Methods

In presented examinations a method of the diagnostic survey was used. A technique of polling Areas of the including working life with using The Areas of Work-life Scale (AWS) was used to the research meeting. The research tool applied at the work, in the English-speaking version, was formulated at the Canadian Center institute for Organizational Research & Development at the higher education in Arcadia by Christina Maslach and Michael Leiter. The questionnaire is a standardized tool, intended by employees the subjective evaluation of the workplace. It lets for adjusting functioning of the employee in the workplace and the disagreement between requirements of the organization with needs, aspiration and possibilities of employees. The Areas of Work-life Scale (AWS) (Leiter, Maslach 2004) comprises 29 items that produce distinct scores for each of the six areas of worklife: manageable workload (6), control (3), reward (4), community (5), fairness (6), and values (5). The items are worded as statements of perceived congruence or incongruence between oneself and the job. Each subscale includes positively worded items of congruence, e.g., "I have enough time to do what's important in my job" (manageable workload) and negatively worded items of incongruence, e.g., "Working here forces me to compromise my values" (values). Respondents indicate their degree of agreement with these statements on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 (strongly disagree), through 3 (hard to decide), to 5 (strongly agree). The scoring for the negatively worded items is reversed. For each of the six subscales, the AWS measure defines congruence as a high score (greater than 3.00), indicating a higher degree of perceived alignment between the workplace and the respondent's preferences. Conversely, it defines incongruence as a low score (less than 3.00), indicating more perceived misalignment or misfit between the worker and the workplace (Leiter, Shaughnessy, 2006, p.327-341; Leiter, Gascon, Martinez-Jarreta, 2010, p. 57-75).

The questionnaire of The Areas of Work-life Scale (AWS) drawn up by Christina Maslach and Michael Leiter was adapted to Polish conditions by J.F. Terelak and A.Izwanowska (2009, p. 223-232). Authors also conducted the normalizing test on the tool on the Polish population. At the work the following statistical methods were used: t-Student test, multiple regression. Of marking shortcuts: x - arithmetic mean, sd - standard deviation.

Results

The study involved 220 nurses working in five hospitals located in the region of Kielce. 110 nurses working on surgical branches – A group: surgery, cardiac surgery, neurosurgery, orthopaedics, an operating block and 110 on conservative branches - B group: internal medicine, cardiology, neurology, the intensive care unit. The detailed data was presented in table 1.

Examined groups of nurses didn't differ statistically in terms of the age (the A Group $x = 42.89$, B group $x = 42.05$; $p = 0.4165$), of total work experience (the A Group $x = 20.36$, B group $x = 19.58$; $p = 0.4968$) and of work experience on the branch, in which currently they were employed (the A Group $x = 15.49$, B group $x = 14.53$; $p = 0.3508$) (table 2) and educations ($p = 0.4357$). With the whole of the 26.36% ($n = 58$) had nurses professional secondary education, 41.82% ($n = 92$) and 31.82% ($n = 70$) higher master's. In table 2 mean were described for the questionnaire AWS. They observed 7 essential statistically of differences between arithmetic means calculated for both groups. Working nurses on surgical branches in comparing to working nurses on conservative branches, indeed better assessed concerning categories: of had working hours for the execution of tasks professional (question 1, $p < 0.03$), tiredness felt

after work (question 3, $p < 0.05$), neglecting own interests because of the work (question 4, $p < 0.01$), appreciating by partners at the work (question 11, $p < 0.04$), cooperations in the team (question 16, $p < 0.02$), of just treating partners (question 22, $p < 0.02$). Nurses employed in surgical wards more strongly than the ones working at conservative wards, expressed the bitterness between action in accordance with own principles and with the ones required on-the-job (question 29, $p < 0.01$). Table 2 contains the detailed data.

Tab.1 List of branches, on which polled nurses worked

PLACE OF EMPLOYMENT	B GROUP		A GROUP		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
Surgery	-	-	32	29,09	32	14,55
Cardiac surgery	-	-	15	13,64	15	6,82
Neurosurgery	-	-	17	15,45	17	7,73
Orthopaedics	-	-	15	13,64	15	6,82
Operating block	-	-	31	28,18	31	14,10
Internal medicine	32	29,09	-	-	32	14,54
Cardiology	30	27,27	-	-	30	13,64
Neurology	24	21,82	-	-	24	10,90
Intensive care unit	24	21,82	-	-	24	10,90
Total	110	100,00	110	100,00	220	100,00

Tab. 2 The Areas of Work-life Scale (AWS)

Question	B Group		A Group		t	P
	x	Sd	x	sd		
	Workload					
1	2,564	1,129	2,918	1,126	-2,3313	0,0207
2	2,355	1,185	2,573	1,113	-1,4075	0,1607
3	2,245	1,143	2,555	1,178	-1,9754	0,0495
4	2,482	1,139	2,927	1,194	-2,8309	0,0051
5	3,082	1,068	3,000	0,995	0,5879	0,5572
6	3,591	1,322	3,391	1,441	1,0727	0,2846
	Control					
7	3,473	1,081	3,564	0,991	-0,6501	0,5163
8	3,955	1,053	4,000	0,986	-0,3305	0,7413
9	2,745	1,245	2,900	1,125	-0,9662	0,3350
	Reward					
10	3,018	0,977	3,200	1,003	-1,3623	0,1745
11	2,555	0,863	2,800	0,896	-2,0689	0,0397
12	2,745	1,087	2,836	1,080	-0,6222	0,5344
13	2,518	0,926	2,300	1,088	1,6014	0,1107
	Community					
14	3,400	1,060	3,391	1,059	0,0636	0,9493
15	3,455	0,945	3,591	1,043	-1,0163	0,3106
16	3,318	0,716	3,600	0,901	-2,5692	0,0109
17	3,227	0,925	3,245	0,826	-0,1537	0,8780
18	2,745	1,207	2,755	1,279	-0,0542	0,9568
	Fairness					
19	3,700	0,973	3,536	0,925	1,2784	0,2025
20	2,445	1,089	2,545	1,089	-0,6811	0,4965
21	2,618	1,058	2,727	0,995	-0,7880	0,4315

22	2,118	1,056	2,482	1,115	-2,4841	0,0137
23	2,964	0,995	2,936	0,891	0,2142	0,8306
24	2,545	1,399	2,973	1,358	-2,2989	0,0225
	Values					
25	3,200	0,799	3,255	0,771	-0,5151	0,6070
26	2,918	1,150	3,036	1,013	-0,8086	0,4196
27	2,855	0,876	2,945	0,788	-0,8092	0,4193
28	3,909	0,953	4,000	0,919	-0,7201	0,4722
29	2,500	1,011	2,064	1,043	3,1502	0,0019

In table 3 average results were presented getting in individual subscales. Working nurses at surgical wards, compared with nurses working on conservative branches, achieved significantly higher results in the scale of a workload ($p < 0.05$).

Tab. 3 Recapitulating individual subscales

Subscales	B Group		A Group		t	P
	x	sd	x	sd		
Workload	2,71	0,58	2,89	0,69	-2,0015	0,0466
Control	3,39	0,87	3,48	0,78	-0,8653	0,3878
Reward	2,71	0,58	2,78	0,62	-0,9225	0,3573
Community	3,23	0,45	3,32	0,54	-1,2926	0,1975
Fairness	2,73	0,56	2,87	0,48	-1,9134	0,0570
Values	3,08	0,41	3,06	0,42	0,2920	0,7705

Analysis of the multiple regression showed that a domicile influenced the stair of the professional burnout ($p < 0.03$), marital status ($p < 0.02$), number of had children ($p < 0.02$) and work experience ($p < 0.03$). The risk of the professional burnout is smaller at nurses inhabiting the village, of married women, having at least two and more children. Along with the height of working hours on the same branch a risk of the professional burnout grew.

Discussion

The acting professionalization of the profession of the nurse is associated with increasing the degree of the responsibility of performed professional tasks, it next is extorting a development and acquiring professional new competences stood. Professional decisions are joining not only issues concerning looking after, but also the organization of the nursing in the system of the health care. An interpersonal relationship remains not a less essential area determining the completion of the professional role with charges and existing in the interdisciplinary team (Maslach, Leiter, 2014, p. 99-101; Wilczek-Różyńska, 2014, p. 99-106; Dłużewska, 2012, p.63-72). In the theoretical model of areas of the M. Leiter labour organization the exogenous factors associated with the workplace are subject to an evaluation. A workload, a system of values, a sense of justice and an ability of the employee to direct have material meaning with work, of the self-reliance, cooperating in the decision making and the self-regulation.

Analysis domain indicated the AWS, in both examined groups of nurses, the lowest results were achieved in scales: workloads, awards and a fairness. For mail of the justice with one of most low assessed areas both presented Polish, as well as Czech and Canadian examinations (Havrowa, Krupkova, 2013, p. 73-83). At works Polish authors as typical tied problems with the work of nurses are being listed: divergence between requirements, expectations but the social status and low pays (Książek, 2011, p.347-350; Jakimowicz-Wołoszynek, 2011, p. 725-732). Many action requires tidying up and elaborating the procedures concerning the scope of

the performance of activities nursing as well as of level of the area of responsibility. Not without meaning also emotional-incentive charges are left, especially on surgical and cancer branches (Dłużewska, 2012, p. 72). How he is giving Maslach and Leither (2011, p.15-40) big, on the possibility of professional functioning have an adverse impact: exaggerated scope of responsibilities, surcharge, weight of the decision, environmental pressures, bureaucratic, administrative, too strong strain with public obligations, contradictory requirements. Unusually stressful a situation, in which the working person for other people is experiencing a sense of guilt because of the nonassurance seems to the help being enough to be with the one which expect this help from her. In the evaluation of the operating environment of Czech nurses Havrdova and Krupkova (2013, p.73-83). Author, examinations on the base conducted showed that due rewarding, type of the patient care, safety of a workstation, recognizing results of the work influenced the increase in the level of satisfaction. The strong relation was also demonstrated between conclusions of the AWS scale and organizational employing the employee ($p < 0.01$) and with his feeling the control over activity on-the-job ($p < 0.1$). Leiter and Shaughnessy (2006, p. 327-341) are also much underlining the evaluation of employing at the work and mediation. They showed in own examinations essential statistically relation of children between domicile, marital status, number had and with the work experience. In examinations of Debska and Pasek (2014, p.118) an influence of higher professional qualifications on the smaller risk of the professional burnout was confirmed. However the long service is increasing the probability of the appearance of the professional burnout. Of Cañadas-De Fuente and co-authors (2015, p.240-249) examining didn't confirm important differences in levels of burning connected from the following variables statistically: age, sex, marital status, having children, level of the health care, type of the working change, of areas of services of the health care and conducting administrative tasks.

To sum up one should state that adverse effects of the professional burnout manifest itself in every field of the life: professional, personal and social. It isn't impossible also to omit health consequences of this occurrence. The professional burnout constitutes not only a serious problem for the unit, but also for the organization bringing the risk of the lower productivity, the organizational commitment and giving the work up. In analysis of this problem and so having a knowledge and abilities in the scope is crucial setting managers of identification of signals of disturbing on the, interpersonal and organizational individual level.

Conclusion

In the group of nurses working on wards conservative workload was most strongly manifested risk factor for burnout syndrome. Burnout is significantly more strongly felt by nurses living in the city, widows and the divorced and having worked long on the same ward.

Bibliography

- CAÑADAS-DE LA FUENTE, GA., VARGAS, C., SAN LUIS, C., GARCÍA, I., DE LA FUENTE, E.I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):240-249.
- DEBSKA, G., PASEK, M. Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia Public Health*. 2014; 49(1): 113-119.
- DŁUŻEWSKA M.: Eksploracja uwarunkowań w powstawaniu procesu wypalenia zawodowego – analiza na podstawie badań własnych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2012; 44(2):63-72.
- GREGORY, S.T., MENSER, T. Burnout Among Primary Care Physicians: A Test of the Areas of Worklife Model. *Journal of Healthcare Management*. 2015; 60(2):133-148.

- HAVRDOVA, Z., KRUPKOVA, S. The Congruence of Nurses in a Czech Hospital with Organizational Work Setting as Related to Organizational Engagement and Perceived Chances to Fulfill One's Own Professional Aspirations. *Review of European Studies*. 2013; 5(5) : 73-83.
- HAVRDOVA, Z., SOLCOVA, I. The Relationship Between Workplace Civility Level and the Experience of Burnout Syndrome Among Helping Professionals. In. OLISAH, V. *Essential Notes in Psychiatry*. Publisher: InTech, 2012. 13-35. ISBN 978-953-51-0574-9, DOI: 10.5772/2275.
- JAKIMOWICZ-WOŁOSZYNEK, D., JAKBOWSKA, M., LEŹNICKA, M. Analiza zachowań i przeżyć związanych z pracą na przykładzie pielęgniarek. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2011; 92(4): 725-732.
- KSIĄŻEK, I., STEFANIAK, T.J., STADNYK, M., KSIĄŻEK, J. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;15(4):347-350.
- LEITER, M.P., SHAUGHNESSY, K. The Areas of Worklife Model of burnout: tests of mediation relationships. *Ergonomia IJE&HF*. 2006; 28(4):327-341.
- LEITER, M., GASCON, S., MARTINEZ-JARRETA, B. Making Sense Of Work Life: A Structural of Burnout. *Journal of Applied Social Psychology*. 2010; 40(1): 57-75.
- MASLACH, CH., LEITER, M. *Prawda o wypaleniu zawodowym*. Ed. Warszawa: PWN, 2011. 29 p. ISBN 978-83-01-16643-4.
- RAY, SL., WONG, C, WHITE, D, HEASLIP, K. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology*. 2013; 19(4):255-267.
- TERELAK, J.F., IZWANOWSKA, A. Adaptacja kwestionariusza Obszary Życia Zawodowego (Areas of Worklife Survey) Christiny Maslach i Michaela Leitera. *Studia Psychologica*. 2009; 9: 223-232.
- WILCZEK- RUŻYCZKA, E. *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer SA, 2014. 99-106 p. ISBN 978-83-264-3253-8.

Author's contact address:

Renata Stepień, PhD, MA, RN
Institute of Nursing and Midwifery
Faculty of Medicine and Health Sciences
The Jan Kochanowski University in Kielce
Al. IX Wieków Kielce 19
25-317 Kielce
Poland
renata.stepien@ujk.edu.pl

RIZIKOVÉ FAKTORY PREDISPONUJÍCÍ VZNIK GESTAČNÍHO DIABETU

RISK FACTORS PREDISPOSING EMERGENCE OF GESTATIONAL DIABETES

Eva Šalanská*, Ivana Lamková**

*Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní péče

**Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Cíl: Hlavním cílem práce je rozšířit poznatky o výskytu rizikových faktorů, které mohou být klíčové pro vznik gestačního diabetu mellitu (GDM), a zmapovat vliv obezity, parity, věku a životního stylu na GDM.

Metody: Při sběru dat bylo použito kvantitativní metody pomocí validovaného dotazníku s ověřenou validitou a reliabilitou (Cohenův koeficient kappu 0,98). Skupina respondentů s GDM byla komparována s kontrolní skupinou zdravých a žen. Výzkum byl realizován v Krajské zdravotní a. s. v Ústí nad Labem ve spolupráci se specializovanou diabetologickou poradnou. Do výzkumu bylo zahrnuto 108 žen s GDM, jež byly vypárovány 216 zdravými těhotnými ženami.

Výsledky: Samotná studie potvrdila, že mezi významné rizikové faktory, které mohou být predisponující pro vznik GDM u českých žen patří parita a vyšší věk těhotných žen, což se shoduje s výsledky dat jak domácích, tak i mezinárodních studií. Naopak nebylo potvrzeno, že vyšší BMI a životní styl má podíl na vzniku GDM.

Závěry: Zvyšuje se výskyt GDM, což je dáno nejen vyšším věkem rodiček, ale i přísnějšími kritérii pro diagnostiku tohoto onemocnění (Andělová, 2015: Doporučený postup k vykonávání screeningu glukózoové tolerance v těhotenství). Stále se pozvolna zvyšuje výskyt obezity u mladých žen, což je predisponujícím faktorem výskytu diabetu II. typu již před otěhotněním. Role porodní asistentky v ošetrovatelské péči o ženu s GDM má nezastupitelnou roli, neboť se podílí na edukaci a sledování gravidní ženy.

Klíčová slova: diabetes, gestační diabetes, rizika, prevence, těhotenství

Abstract

Aim: The main objective is to broaden the knowledge about the risk factors that may be crucial for the development of gestational diabetes mellitus (GDM) and map the impact of obesity, parity, age and lifestyle on GDM.

Methods: The quantitative method using a validated questionnaire with proven validity and reliability (Cohen's kappa 0.98) was used for data collection. Group of respondents with GDM were compared with the control group of healthy women. The research was conducted at the Krajská zdravotní a.s. in Ústí nad Labem in cooperation with specialized diabetes clinic. The survey included 108 women with GDM who were paired off with 216 healthy pregnant women.

Results: The study itself confirmed that among the significant risk factors, that may predispose to the emergence of GDM among Czech women, is parity and increasing age of pregnant women. This coincides with the results of data from both domestic and international studies. On the contrary, it was not confirmed that higher BMI and lifestyle contributes to the creation of GDM.

Conclusions: The increasing occurrence of GDM, is not only due to higher maternal age, but also due to stricter criteria for the diagnosis of this disease (Andělová, 2015: Recommended to perform glucose tolerance screening in pregnancy). The incidence of obesity in young women is still gradually increasing, which is a predisposing factor for the occurrence of diabetes type II., occurring before pregnancy. The role of midwives in nursing care for women with GDM has an irreplaceable role, since it is involved in education and monitoring of pregnant women.

Key words: diabetes, gestational diabetes, risk prevention, pregnancy

Úvod

Gravidní ženy mají pro vznik GDM různé dispozice. Zásadní roli pro vývoj gestačního diabetu hraje genetická výbava, avšak nemalý vliv mají i faktory vnějšího prostředí. Souhrnně se jedná o vlivy zvyšující inzulínovou rezistenci (Haluzík, 2009).

Tématem studie je sledování vybraných rizikových faktorů predisponujících vznik gestačního diabetu. Hlavním cílem bylo rozšířit poznatky o výskytu rizikových faktorů pro vznik gestačního diabetu, které mohou být predisponující pro vznik gestačního diabetu mellitu. Gestační diabetes je nejčastější interní komplikací v graviditě a jeho incidence dále stoupá, především počet žen s gestačním diabetem na inzulínu, což je ovlivněno novými přísnějšími kritérii pro diagnostiku gestačního diabetu. Krejčí poukazuje na to, že často bývají podhodnocovány hraniční hodnoty glykémie, neboť pokud se u žen zjistí gestační diabetes, měla by být okamžitě odeslána do specializované ambulance. Bohužel tomu tak nebývá a ženám je doporučena pouze dieta s omezením cukrů a dále nebývají sledovány (Krejčí, 2012). Screening a diagnostika gestačního diabetu v České republice vychází z doporučených postupů Andělové, které byly aktualizovány v roce 2015 a vycházejí z hodnot glykémie nalačno a oGTT (Andělová, 2015, s. 459-461; Krejčí, 2012, s. 49 -54).

Soubor a metodika

Výběr souboru respondentů byl záměrný, stratifikován těmito kritérii: těhotenství ženy, klinický projev GDM, trvalý pobyt v Ústeckém kraji, respondent veden ve specializované diabetologické poradně. Kontrolní skupinu tvořily respondentky podstupující preventivní vyšetření diabetu v těhotenství s následným negativním výsledkem, ochotné ke spolupráci.

Výzkum byl realizován v Krajské zdravotní a. s. v Ústí nad Labem v období březen 2015 – prosinec 2015 ve spolupráci se specializovanou diabetologickou poradnou. Do výzkumu bylo zahrnuto 108 žen s GDM, které byly vypárovány 108 zdravými těhotnými ženami z Ústeckého kraje. Výzkum byl realizován pomocí validovaného dotazníku s ověřenou reliabilitou pomocí Cohena koeficientu kappa 0,98. Ke komparaci dvou skupin respondentů bylo použito testu dobré shody chí-kvadrát.

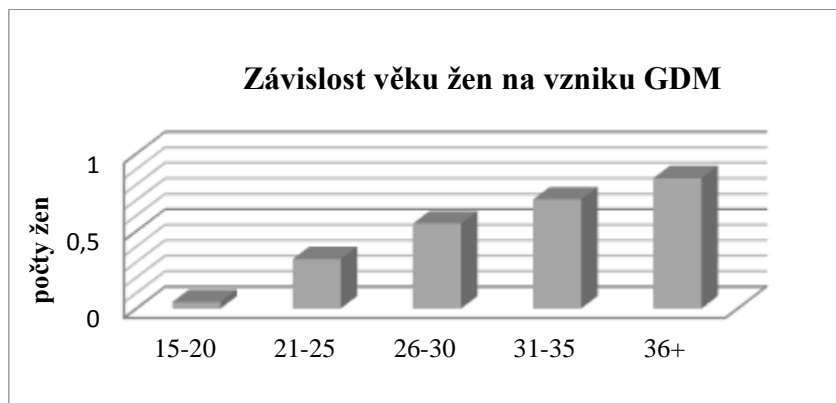
Samotná studie potvrdila, že mezi rizikové faktory, které mohou být predisponující pro vznik GDM u českých žen patří parita a vyšší věk žen, což se shoduje s výsledky dat jak domácích, tak i mezinárodních studií. Ověřené údaje naší studie potvrdily předběžné dílčí výsledky diabetologické ambulance Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Výsledky

Samotná studie potvrdila, že mezi rizikové faktory, které jsou predisponující pro vznik GDM u českých žen patří parita a vyšší věk žen, což se shoduje s výsledky dat jak domácích, tak i mezinárodních studií (Čech, 2006; Bernášková, Kožnarová, 2009; Callaghan, 2010; Boyd, 2012).

Z celkového počtu 216 respondentek bylo 108 s GDM a 108 žen bez GDM. Průměrný věk žen bez GDM byl 26,6 let, průměrný věk tázaných s GDM je 29,7. Věk byl rozdělen do několika kategorií. Ve věkové kategorii od 15-20 let bylo 23 žen bez GDM a pouze 1 žena s GDM. Ve věkové kategorii 21-25 bylo 32 žen bez GDM a 15 žen s GDM. Ve věkové kategorii 26-30 bylo 45 žen s GDM a 37 žen bez GDM. V další věkové kategorii 31-35 let bylo 31 žen s GDM a 13 žen bez GDM. V poslední věkové skupině 36-45 bylo 16 žen s GDM a pouze 3 ženy bez GDM. Statistickým vyhodnocením pomocí chí-kvadrátu

kdy $p: 1,6E*10^{-8} \leq 0,05$ byla potvrzena závislost věku na vzrůstajícím výskytu GDM (viz graf 1).



Graf 1 Závislost věku na výskytu GDM

Ve skupině bez GDM bylo 72 (67 %) prvorodiček, 36 (33 %) podruhé rodičích a žádné vícerodičky. Ve skupině žen s GDM bylo 42 (38 %), 53 (49 %) žen podruhé rodičích, 9 (9 %) potřetí rodičích a 4 (4 %) ženy rodičí vícekrát, tedy 66 (65 %) žen vícerodiček. Statistickým vyhodnocením metodou chí-kvadrát byla potvrzena závislost výskytu GDM na paritě ženy ($p = 4,33E*10^{-5} \leq 0,05$), viz tab. 1.

Tab. 1 Závislost parity na výskytu GDM

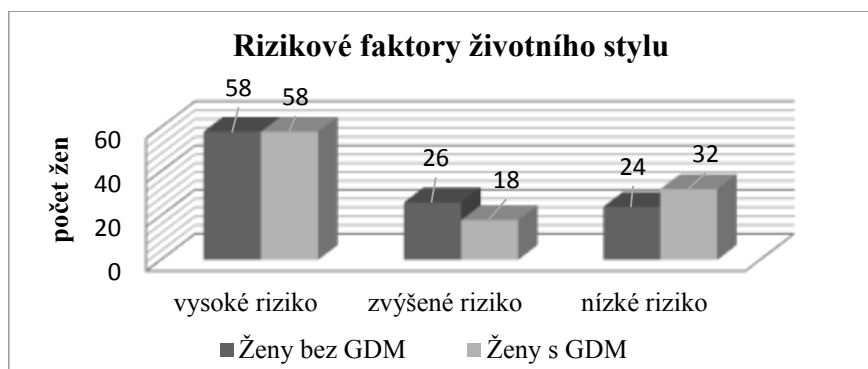
Parita žen	Ženy bez GDM	Ženy s GDM	Σ
Prvorodičky	72	42	114
Vícero dičky	36	66	102
Σ	108	108	216

V naší studii se nepotvrdilo, že BMI a životní styl má podíl na vzniku GDM. Průměrné BMI žen bez GDM je 22,9 a BMI žen s GDM 24,2, z celkového množství 108 žen s GDM a 108 žen bez GDM. BMI žen bylo rozděleno do několika kategorií. V BMI kategorii od 15-20 bylo 33 žen bez GDM a 38 žen s GDM. V BMI kategorii 21-25 bylo 49 žen bez GDM a 31 žen s GDM. V BMI kategorii 26-30 bylo 25 žen s GDM a 16 žen bez GDM. V další BMI kategorii 31-35 let bylo 9 žen s GDM a 3 ženy bez GDM. V poslední BMI skupině 36-40 bylo 5 žen s GDM a pouze 3 ženy bez GDM. Výsledek chí-kvadrátu testu nezávislosti nepotvrdil souvislost BMI a výskytu GDM ($p: 0,13 \geq 0,05$).

Tab. 2 Závislost BMI na výskytu GDM

BMI	Ženy bez GDM	Ženy s GDM	Σ
15-20	33	38	71
21-25	49	31	80
26-30	16	25	41
31-35	7	9	16
36-40	3	5	8
Σ	108	108	216

Při sledování rizik spojených se životním stylem bylo podrobně hodnoceno několik kritérií (pohybová aktivita, kouření, subjektivní míra stresu, spánek, strava a tekutiny, doplňky stravy...). Celkový nejvyšší počet bodů byl 24, což odpovídalo nejvyššímu riziku. Žen s vysokým rizikem (24-16 bodů), bylo 58 žen bez GDM a 58 žen s GDM, žen se zvýšením rizikem (15-8 bodů) 26 žen bez GDM a 18 žen s GDM. Žen s nízkým rizikem (7 a méně bodů) bylo 24 bez GDM a 31 s GDM. Při vyhodnocení chí-kvadrátem bylo testové kritérium $p: 0,27 \geq 0,05$, nebyla statisticky potvrzena závislost životní stylu na vzniku GDM.



Graf 1 Závislost výskytu rizik životního stylu na vzniku GDM

Diskuze

V rámci studie jsme se zabývali studiem čtyř obecně známých rizikových faktorů vzniku GDM. Potvrdila se nám souvislost parity a věku žen, nepotvrdili jsme závislost s BMI a životním stylem. Ověřili jsme také pozitivní souvislost s hereditárním výskytem GDM. Již Vedra (1987, s. 18–20) uvádí, že familiární zátěž u žen s GDM je v anamnéze u 20 – 80 %. Binder (2010) tvrdí, že ženy, které již měly GDM v předchozí graviditě, mají riziko vývoje GDM v dalším těhotenství v 30 – 50 %.

Za jeden z významných faktorů jsme považovali též výskyt přidružených onemocnění. Zde nebyl nalezen výrazný rozdíl mezi ženami s GDM a bez GDM.

Potvrdili jsme, že ženy s vyšším věkem mají vyšší rizika predisponující vznik GDM. Riziko vzniku gestačního diabetu vzrůstá s věkem, nad 30 let je riziko vzniku GDM nad 8,5 %, což udává Bernášková, Kožnarová (2009). O vyšším věku jako rizikovém faktoru pro vznik GDM se zmiňuje i Boyd (2012, s. 676- 682), Mezinárodní konfederace o GDM i Andělová (2013, s. 24-26). Callaghan (2010, s. 28 - 30) dále uvádí, že 20 – 50 % žen s gestačním diabetem onemocní diabetem mellitem II. typu během 5 – 10 let, avšak může se rozvinout i diabetes I. typu. Průměrný věk žen bez GDM v naší studii je 26,6 let, s GDM 29,7 let.

Nedokázali jsme výrazný podíl BMI na vzniku GDM. V našem souboru je průměrné BMI žen bez GDM je 22,9 a BMI žen s GDM 24,2. Data se shodují s výzkumem v Ostravské nemocnici, kde z celkového počtu 45 respondentek měla více než polovina, tj. 26 (58 %) podle BMI normální váhu, další dvě ženy (4 %) měly před těhotenstvím podváhu, zbývajících 17 (38 %) žen mělo nadváhu nebo bylo obézních (Sikorová, Dušková, 2014, s. 44-45). V 80 letech se obezita vyskytovala u 17 % prvorodiček a u 22 % vícerodiček, což znamenalo, že se porucha glukózové tolerance vyskytla u jedné z 5 – 6 žen (Vedra, 1987). Jak je vidět, v dnešní době výskyt žen s vyšším MBI a obezitou roste. Musíme však podotknout, že dle výsledků se vyskytuje více mladých obézních žen, než žen starších. I z mnoha studií v USA, Kanadě, Itálii, Francii, Austrálii, Izraeli, Finsku a VB je zřejmé, že oproti ženám s normální tělesnou hmotností před otěhotněním mají ženy s nadváhou a obezitou větší riziko k vzniku GDM o 2,14 % a ženy

těžce obézní o 8,56 %. Totéž potvrzují poznatky Vedry (1987). Zásadním problémem včasné diagnostiky GDM může být jeho asymptomatický průběh, což mohlo zkreslit i naše výsledky.

Přestože naše studie nepotvrdila souvislost životního stylu a BMI se vznikem GDM, pokládáme za důležité edukovat populaci žen ve fertilním věku o zdravém životním stylu, neboť nezdravý životní styl a škodlivé návyky zvyšují riziko vzniku jiných civilizačních chorob jako je obezita, kardiovaskulární onemocnění nebo vznik diabetu I. nebo II. typu, což je jedním z identifikovaných rizik pro vznik právě GDM. Životní styl jako rizikový faktor považují i Krejčí, Štechová, Andělová, Diniesen a další, proto jsme objasnění této závislosti považovali za významné, stejně tak souvislost BMI se vznikem GDM. Aby tyto souvislosti byly potvrzeny, předpokládáme, že je třeba rozšířit soubor respondentek.

Za poslední roky došlo ke vzrůstu výskytu žen s GDM, hlavně žen s GDM s inzulínovou terapií, což je dáno především přísnějšími kritérii při diagnostice GDM.

Výskyt GDM roste s věkem, můžeme tedy předpokládat postupné zvyšování výskytu GDM v dalších letech. Tento výskyt souvisí i s možným vznikem civilizačních chorob jak u žen, tak jejich potomků. Zvyšující se výskyt chronických neinfekčních onemocnění souvisí se životním stylem, životosprávou a pohybovou aktivitou nejen žen, ale celé populace.

Závěr

GDM je geneticky podmíněné onemocnění, které má společný základ s genetickou predispozicí pro DM 2. typu. Gestační diabetes je nejčastější interní komplikací v těhotenství a jeho incidence dále stoupá. V posledních 30 letech prevalence GDM nepřetržitě stoupá. GDM postihuje 21,4 miliony žen, tj. 16 % těhotných žen na světě (Linnenkamp, 2015) Tento výskyt souvisí s mnoha rizikovými faktory vzniku gestačního diabetu a stále se zpřísnujícím diagnostickým postupem. Dle poslední studie HAPO (2010), po přehodnocení diagnostických kritérií GDM, se v České republice pohybuje výskyt GDM okolo 17,8 % gravidních žen.

Výsledky této studie by měly pomoci ke včasnému odhalení případných rizik v prenatální péči či prevenci a pomoci zvýšit komplexní péči o ženy s GDM a jejich děti. Do komplexní péče je zahrnuta i prenatální péče a dispenzarizace gravidních žen s rizikovým těhotenstvím, což by mělo vést k zajištění nekomplikovaného průběhu celého těhotenství a porodu zdravého novorozence.

Do péče o ženy s gestačním diabetem je zapojen celý tým odborníků: gynekolog, porodník, diabetolog, neonatolog. Součástí péče je nezbytný aktivní screening GDM v těhotenství a důsledné sledování dalšího průběhu a léčby. Nepostradatelným členem pečujícího týmu o ženu s GDM je i porodní asistentka, která ženu edukuje o těhotenství, porodu a poporodním období při GDM a spolupracuje při sledování, prevenci i řešení komplikací plynoucích z nedostatečně léčeného gestačního diabetu mellitu.

Bibliografické odkazy

ANDĚLOVÁ, K. 2013. Problematika diabetu a obezity v těhotenství. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 24 - 26. ISSN 1212 - 4184.

ANDĚLOVÁ, K. et al. Gestační diabetes mellitus, Doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2015, 80, č. 6, s. 459-461. ISSN 1210-7832.

BOYD E. METZGER. [online]. © 2012. *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups*. [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/3/676.full>.

CALLAGHAN, W. M. [online]. © 2010. Porodem to nekončí: další sledování pacientek s gestačním diabetem. *Gynekologie po promoci*. 2010. r. 10, č. 3). Callaghan (2010), s. 28 - 30. ISSN 1213 - 2578.

- ČECH E., HÁJEK Z. et al. *Porodnictví*. Praha. Grada Publishing s.r.o. 2. vyd. 2006. 546 s. ISBN 80-247-1303-9.
- HALUZÍK, M. et al. *Praktická léčba diabetu*. Praha: Mladá fronta, 2009. 361 s. ISBN 978-80-204-2071-8.
- KREJČÍ H. Gestační diabetes mellitus. *Postgraduální medicína*, 2012, roč. 14, příloha 3 (Aktuality v diabetologii), s. 49 -54. ISSN 1212-4184.
- LINNENKAMP, U. *IDF Diabetes Atlas reveals high burden of hyperglycaemia in pregnancy*. Belgium: Brussels. 2015. ed. 7. ISBN 978-2-930229-81-2
- RETNAKARAN, R., QI, Y., SERMER, M. [online]. © 2010. 2. International Assotiation of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care*, 2010, 33, p. 676–682. 3.
- SIKOROVÁ L. DUŠOVÁ B. 2014. Vliv životního stylu na vznik gestačního diabetu. *Sestra*, 2014, roč. 24, č. 1, s. 44 - 45. ISSN 1210-0404
- THEODORAKI, A., BALDEWEG, S. E. *Gestational diabetes mellitus*. British Journal of Hospital Medicine, 2008. Vol. 69, No. 10, s. 562-567.
- VEDRA B. *Těhotenství a diabetes*. vyd. 3. Praha. Avicenum. 1987. 172 s. ISBN 08-036-87.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem
Pasteurova 3544/1
400 96 Ústí nad Labem
ivana.lamkova@ujep.cz

DŮSTOJNOST SENIORŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ DIGNITY OF OLDER PEOPLE IN NURSING

Šárka Šaňáková*, Juraj Čáp**

*Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

**Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatelstva

Abstrakt

Úvod: Důstojnost je esenciální komponent ošetrovatelské péče, který ovlivňuje její kvalitu. Jednou z nejvíce ohrožených skupin ve ztrátě důstojnosti jsou staří lidé.

Cíl: Syntetizovat interpretaci důstojnosti z perspektivy sester a seniorů – pacientů v kontextu ošetrovatelské péče.

Metody: Kvalitativní literární přehled byl vytvořen s pomocí PICO pro zacílení vyhledávání; PRISMA, CASP – Qualitative Research Checklist pro hodnocení studií a tematické syntézy výsledů. Pro vyhledání empirických kvalitativních studií byly využity elektronické databáze: Academic Search Complete, CINAHL, Health Source: Nursing/Academic Edition, MEDLINE, and PROQUEST.

Výsledky: Bylo nalezeno 306 studií, pro duplicitu bylo vyřazeno 140 studií. Na základě zařazovacích a vyřazovacích kritérií bylo vyřazeno 147 studií. Po posouzení metodologické kvality bylo do literárního přehledu zařazeno 14 studií. Na základě identifikovaných témat byly syntetizovány 4 hlavní témata důstojnosti z pohledu sester a to: Vidět pacienta jako jedinečnou bytost; Pracovní kultura a prostředí; Komunikace a soukromí; Zapojení pacienta. Z pohledu pacienta bylo syntetizováno 6 hlavních témat: Soukromí; Komunikace; Péče a komfort; Vztahy; Autonomie a kontrola; Být viděn jako člověk a sebeidentita.

Závěr: Syntetizovaná témata poskytují hlubší pohled do důstojnosti z perspektivy sester i seniorů s možností komparace obou perspektiv. Ukazuje se potřeba vytvořit systematické review, které by bylo možné využít pro ošetrovatelství založené na důkazech.

Klíčová slova: důstojnost, senioři, sestry, kvalitativní výzkum, literární přehled.

Abstract

Introduction: Dignity is an essential element of nursing that affects the quality of provided care. Elderly people have the greatest risk to loss of the dignity.

Aim: To synthesize interpretation of dignity from the perspective of nurses and elderly patients in nursing care.

Methods: Qualitative literary review was done using the PICO to focus on searching; PRISMA and CASP – Qualitative Research Checklist for studies assessment and thematic synthesis of results for data synthesis. The electronic databases Academic Search Complete, CINAHL, Health Source: Nursing/Academic Edition, MEDLINE, and PROQUEST were used for the searching of qualitative studies.

Results: In total, 306 studies were found and 140 of them were excluded for the duplicity. Other 147 studies were excluded according to defined inclusion and exclusion criteria. 14 studies were included to review after the assessment of methodological quality. Based on identified themes of dignity, main 4 of them were synthesized according to nurse perspective: Seeing the patient as a unique person; Working culture and environment; Communication and privacy; Involving the patient. According to patient perspective, main 6 topics were synthesized: Privacy; Communication; Care and comfort; Relations; Autonomy and control; Being seen as a human and self-identity.

Conclusion: Results provide deeper view on nurses' and patients' perceptions of dignity and allow compare them both. There is an evident need of systemic review for the evidence based nursing.

Key words: dignity, elderly people, nurses, qualitative research, literary review

Studie je součástí řešení projektů IGA_FZV_2016_001 a KEGA 006UK-4/2014.

The study was supported by the grants IGA FZV_2016_001 and KEGA 006UK-4/2014.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Šárka Šaňáková

ÚO FZV UPOL

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

sarka.sanakova@upol.cz

INTER-RATER RELIABILITA BRADENOVEJ ŠKÁLY, NORTONOVEJ ŠKÁLY A WATERLOWEJ ŠKÁLY V ČESKEJ REPUBLIKE

INTER-RATER RELIABILITY OF THE BRADEN SCALE, NORTON SCALE AND WATERLOW SCALE IN CZECH REPUBLIC

Lenka Šáteková*, Katarína Žiaková**

*Ostravská Univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

**Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatelstva

Abstrakt

Ciel': Zistiť stupeň inter-rater reliability celkového skóre troch vybraných škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu (Bradenovej škály, Nortonovej škály a Waterlowej škály).

Metódy: Zber dát prebiehal od apríla do augusta 2014 na oddelení s dlhodobou ošetrovateľskou starostlivosťou. Výskumný súbor tvorilo 32 pacientov. Pre vyhodnotenie inter-rater reliability boli použité štatistické metódy vnútrostredný koeficient korelácie (ICC) a Pearsonov korelačný koeficient (r).

Výsledky: Bradenovej škála dosiahla najnižšiu zhodu medzi posudzovateľmi (ICC = 0,775; r = 0,776), nasleduje Nortonovej škála (ICC = 0,837; r = 0,948). Najvyššiu zhodu medzi posudzovateľmi dosiahla Waterlowej škála (ICC = 0,914; r = 0,916).

Závery: Bradenovej škála dosiahla najnižšiu zhodu medzi posudzovateľmi, nasleduje Nortonovej škála. Najvyššiu zhodu medzi posudzovateľmi pozorujeme u Waterlowej škály. Nevyhnutné pre skúmanie inter-rater reliability je práca s dobre preloženou škálou. Odporúčame ďalšie testovanie škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov v českom klinickom prostredí.

KLúčové slová: dekubit, inter-rater reliability, Bradenovej škála, Nortonovej škála, Waterlowej škála

Abstract

Aim: To determine inter-rater reliability of three selected pressure ulcer risk assessment scales (Braden Scale, Norton Scale and Waterlow Scale).

Methods: The data were collected from April to August 2014 in one long-term care department. The sample consisted of 32 patients. An intra-class correlation coefficient (ICC) and coefficient of Pearson's were used to determine the inter-rater reliability.

Results: Inter-rater reliability of Braden Scale was the lowest (ICC = 0,775; r = 0,776), followed by Norton Scale (ICC = 0,837; r = 0,948). The highest inter-rater reliability reached Waterlow Scale (ICC = 0,914; r = 0,916).

Conclusion: Inter-rater reliability of Braden Scale was the lowest, followed by Norton Scale. We observed the highest inter-rater reliability at Waterlow Scale. Necessary for exploring the inter-rater reliability is working with the good translated scale. We recommend further testing of pressure ulcer risk assessment scales in Czech clinical settings.

Key words: pressure ulcer, inter-rater reliability, Braden Scale, Norton Scale, Waterlow Scale

Úvod

Dekubity už mnoho rokov patria k prioritným problémom v ošetrovatelstve. Sú komplikáciou nielen pre pacienta, ale aj pre personál a manažment zdravotného zariadenia. Majú významný vplyv na kvalitu života pacientov s dekubitom (Spilsbury et al., 2007, s. 494). Sú spojené s pocitom zlyhania a viny na strane zdravotníckych pracovníkov, sú pre nich veľkou obavou (O'Tuathail et al., 2011, s. 27). Liečba dekubitov predstavuje značnú finančnú záťaž

pre systémy zdravotnej starostlivosti (Bennett et al., 2004, s. 230; Gethin et al., 2005, s. 162). Prevalencia dekubitov zostáva naďalej vysoká vo viacerých klinických prostrediach. Na základe medzinárodných výskumov sa odhaduje prevalencia dekubitov v nemocničnom prostredí od 5,6 % do 15,5 % (Vangilder et al., 2008, s. 40; House et al., 2011, s. 254). Predikcia rizika vzniku dekubitov patrí k prioritnej problematike v ošetrovatelstve. Sestry majú kľúčovú rolu v posúdení a identifikácii tých pacientov, ktorí sú v riziku vzniku dekubitov a pridelovaní vhodných preventívnych intervencií (Pancorbo-Hidalgo et al., 2006, s. 96). Organizácie NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) a EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) označujú prevenciu vzniku dekubitov za najlepšiu a účinnú metódu zabránenia ich výskytu. Prevenciu rozdeľujú do viacerých kľúčových oblastí: posúdenie rizika, posúdenie kože, výživa, polohovanie a použitie antidekubitových pomôcok (NPUAP, 2014, s. 5). Použitie škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu odporúčajú viaceré klinické odporúčané postupy a autori výskumných štúdií ako prvý krok v účinnej prevencii vzniku dekubitu (NPUAP, EPUAP, 2014, s. 14; NICE, 2014, s. 93; DNQP, 2010, s. 49; RNAO, 2005, s. 12; Chan et al., 2009, s. 1566, Kwong et al., 2005, s. 122; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008, s. 85). Cieľom škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu je identifikácia pacientov s rizikom vzniku dekubitu (Defloor, Grypdonck, 2005, s. 374). V súčasnosti existuje na svete takmer 40 škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu (Defloor, Grypdonck, 2004, s. 613, Costa, Caliri, 2011, s. 772; Serpa et al., 2011, s. 52; Thompson, 2005, s. 455). Napriek ich množstvu boli psychometrické vlastnosti testované len u niektorých (Papanikolaou et al., 2007, s. 285). Najčastejšie používanými a testovanými škálami na posúdenie rizika vzniku dekubitov v zahraničí sú škála Bradenovej, škála Nortonovej a škála Waterlowej (Chan et al., 2009, s. 1566; Pancorbo-Hidalgo et al., 2006, s. 95, Šáteková, Žiaková, 2014, s. 87). V Českej republike sa najčastejšie používa škála Nortonovej alebo škála Modifikovanej Nortonovej (Mandysová et al., 2012, s. 137). Zahraničné výskumné štúdie sú zamerané na testovanie predikčnej validity troch škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov. Aj napriek tomu, že ideálna škála by nemala mať len dobrú validitu, ale taktiež dobrú reliabilitu. Inter-rater reliabilita je definovaná ako stupeň zhody medzi dvoma posudzovateľmi, ktorí nezávisle od seba priradia posudzovanému objektu rovnaké skóre alebo hodnoty, ktoré boli merané alebo pozorované (Polit, Beck, 2004, s. 721). Inter-rater reliabilita je dôležitý psychometrický údaj. Pri problematickej inter-rater reliabilite môže byť pacient jednou sestrou označený za rizikového a zároveň druhou za pacienta bez rizika. Následkom sú rôzne naplánované ošetrovateľské intervencie. Na jednej strane môže dôjsť k plytvaniu prostriedkov, na druhej strane môže byť potrebná a vyžadovaná starostlivosť opomenutá (Mandysová et al., 2013, s. 610). V Českej republike nie je problematike reliability škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov venovaná dostatočná pozornosť. Doteraz bola testovaná, pre účely reliability, iba škála Bradenovej (Mandysová et al., 2012, 137; Mandysová et al., 2013, s. 609).

Cieľ

Zistiť stupeň inter-rater reliability celkového skóre troch vybraných škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu (Bradenovej škály, Nortonovej škály a Waterlowej škály).

Súbor a metodika

Posudzovatelia

Pacientov hodnotili dvaja posudzovatelia. Obaja mali odborné vzdelanie a pracovné skúsenosti. Posudzovateľ A bola sestra s titulom diplomovaný špecialista so 7 – ročnou praxou. Posudzovateľ B bola sestra s bakalárskym titulom so 7 – ročnou praxou. Pre posudzovateľov boli určené tieto zaraďovacie kritéria: odborné vzdelanie, dĺžka praxe minimálne jeden rok, pracovná pozícia sestra na zvolenom oddelení.

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 32 pacientov hospitalizovaných na oddelení s dlhodobou ošetrovateľskou starostlivosťou. Priemerný vek pacientov bol 74,31 rokov v rozmedzí od 58 do 95 rokov.

Proces zberu dát

Zber dát prebiehal od apríla do augusta 2014 na jednom oddelení s dlhodobou starostlivosťou. Dva posudzovatelia hodnotili riziko vzniku dekubitu pomocou Bradenovej, Nortonovej a Waterlowej škály. Škála Bradenovej pozostáva zo 6 položiek: zmyslové vnímanie, vlhkosť, aktivita, mobilita, výživa, trenie a strih. Všetky položky sú hodnotené číslom 1-4, okrem položky trenie a strih. Táto položka je hodnotená číslami 1-3. Nižšie skóre indikuje vyššie riziko vzniku dekubitu. Škála Nortonovej pozostáva z hodnotenia nasledujúcich oblastí: schopnosť spolupráce, vek, stav pokožky, každé ďalšie ochorenie, fyzický stav, stav vedomia, aktivita, pohyb, inkontinencia. Každý z predchádzajúcich okruhov je rozdelený do 4 úrovní podľa stupňa závažnosti. Nižšie skóre indikuje vyššie riziko vzniku dekubitu. Škála Waterlowej obsahuje 8 položiek: BMI, typ kože, pohlavie a vek, zvláštne riziká, kontinencia, pohyblivosť, chuť k jedlu, neurologická porucha. Vyššie skóre indikuje vyššie riziko vzniku dekubitu.

Obaja posudzovatelia prešli hodinovým preškolením priamo na oddelení. Školenie sa orientovalo na oblasti hodnotenia rizika vzniku dekubitu pomocou (jednotlivé položky škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu). Posudzovateľ A zhodnotil u pacienta riziko vzniku dekubitu pomocou troch vybraných škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu. Posudzovateľ B zhodnotil do 24 hodín riziko vzniku dekubitu rovnakým spôsobom ako posudzovateľ A. Hodnotenie posudzovateľmi prebiehalo nezávislé, čo znamená, že posudzovatelia navzájom nevedeli výsledky svojho hodnotenia.

Lingvistická validácia Nortonovej škály, Waterlowej škály a Bradenovej škály

Pred zahájením výskumnej štúdie boli škály Nortonovej a Waterlowej oficiálne preložené do českého jazyka. Škála Bradenovej už bola oficiálne preložená do českého jazyka v roku 2013 autorkou Mandysová et al. (2013, s. 609). Tento preklad bol použitý v tejto výskumnej štúdií. Škály Nortonovej a Waterlowej boli preložené metódou spätného prekladu, ktorý pozostával z týchto krokov:

1. Jeden prekladateľ z odboru ošetrovateľstvo preložil škály z anglického do českého jazyka.
2. Druhý prekladateľ z odboru ošetrovateľstvo preložil škály z českého jazyka späť do anglického jazyka.
3. Prekladatelia a malá pracovná skupina odborníkov (dve doktorky v odbore ošetrovateľstvo a dvaja študenti doktorského štúdia v odbore ošetrovateľstvo) porovnali obidve anglické verzie, analyzovali rozdiely a nejasnosti, hľadali chyby a opravili českú verziu. Konsenzom a zhodou spoločne vytvorili finálne verzie škál Nortonovej a Waterlowej.

Analýza dát

Pre vyhodnotenie inter-rater reliability vybraných škál na posúdenie rizika vzniku dekubitu boli použité štatistické metódy Vnútrostredný koeficient korelácie (ICC) a Pearsonov korelačný koeficient (r). Vnútrostredný koeficient korelácie (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) je všeobecný nástroj na meranie zhody alebo konsenzu. Používa sa na meranie parametrických dát. Predstavuje zhodu medzi dvoma a viacerými hodnotiteľmi. Jednotlivé výsledky štatistickej metódy ICC boli hodnotené nasledovne: 0–0.20 = slabá zhoda, 0.21–0.40 = nízka zhoda, 0.41–0.60 = mierna zhoda, 0.61–0.80 = podstatná zhoda, a 0.81–1.0 = vynikajúca zhoda (Landis, Koch, 1977). Pearsonov korelačný koeficient (r) je často používaná štatistická metóda pre vyhodnotenie reliability. Hodnota r indikuje stupeň a smer asociácie dvoch párov skóre

(Kottner, Dassen, 2008, s. 1242). Interpretácia korelačného koeficientu sa posudzuje rôzne. Uvádzame hodnotenie podľa autora Chrásky (2000, s. 201): 0 = absolútna nezávislosť, 0 - 0,20 = slabá (nepoužiteľná) závislosť, 0,20 - 0,40 = nízka závislosť, 0,40 - 0,70 = stredná závislosť, 0,70 - 0,90 = vysoká závislosť, 0,90 - 1 = veľmi vysoká závislosť, 1 = absolútna závislosť.

Etické aspekty

Pred zahájením výskumnej štúdie bol získaný súhlas Etickej komisie Ostravskej Univerzity. Taktiež bol získaný súhlas zdravotníckeho zariadenia, kde výskumná štúdia prebiehala. Bol získaný súhlas autorky Mandysovej s použitím jej prekladu Bradenovej škály do českého jazyka. Boli získané informované súhlasy jednotlivých pacientov so zaradením do výskumu.

Výsledky

Vnútrostredný koeficient korelácie (ICC) bol pre celkové skóre jednotlivé škály na posúdenie rizika vzniku dekubitov nasledujúci: Bradenovej škála 0,775 (95 % CI = 0,588 - 0,883), Nortonovej škála 0,837 (95 % CI = 0,692 - 0,917) a Waterlowej škála 0,914 (95 % CI = 0,831 - 0,957). Pearsonov korelačný koeficient bol pre celkové nasledujúci: Bradenovej škála 0,776, Waterlowej škála 0,916 a Nortonovej škála 0,948.

Tab. 1 Inter-rater reliabilita pre celkové skóre škál pomocou vnútrostredného koeficientu korelácie (ICC)

	ICC	95% CI pre ICC		Zhoda
Bradenovej škála	0,775	0,588	0,883	podstatná
Waterlowej škála	0,914	0,831	0,957	vynikajúca
Nortonovej škála	0,837	0,692	0,917	podstatná

ICC - Vnútrostredný koeficient korelácie, CI – Konfidenčný interval

Tab. 2 Inter-rater reliabilita pre celkové skóre škál pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu (r)

	r	Závislosť
Bradenovej škála	0,776	vysoká závislosť
Waterlowej škála	0,916	veľmi vysoká závislosť
Nortonovej škála	0,948	veľmi vysoká závislosť

r - Pearsonov korelačný koeficient

Diskusia

Inter-rater reliabilita je jedným z aspektov spoľahlivosti nástroja. Odpovedá na otázku, či pri opakovanom meraní rovnakého javu dochádza k dosiahnutiu rovnakých výsledkov merania. V zahraničnej literatúre sú použité na meranie inter-rater reliability škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov viaceré štatistické prístupy a koeficienty. Autori Kottner, Dassen (2008, s. 1238) vo svojej práci o týchto štatistických prístupoch diskutujú. Uvádzajú nasledovné štatistické prístupy: podiel celkovej zhody (p_0), koeficient kappa (κ), Pearsonov korelačný koeficient (r) a vnútrostredný koeficient korelácie (ICC). Za najpresnejšiu metódu hodnotenia inter-rater reliability škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov považujú metódu vnútrostredného koeficientu korelácie (ICC). V našej výskumnej štúdií dosiahla najlepšie výsledky Waterlowej škála (ICC = 0,914), nasleduje Nortonovej škála (ICC = 0,837) a s najmenšou hodnotou Bradenovej škála (ICC = 0,775). V rámci našej výskumnej štúdie sme taktiež zistovali mieru závislosti pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu (r). Najvyššiu mieru závislosti pozorujeme u Nortonovej škály (r = 0,948), nasleduje Waterlowej škála (r =

0,916). Najnižšia miera závislosti bola zistená pre Bradenovej škálu ($r = 0,776$). Je nutné poznamenať, že rozdiel v miere závislosti medzi Nortonovou škálou a Waterlowej škálou je malý. Z komplexného pohľadu môžeme vysloviť záver, že Bradenovej škála dosiahla najnižšiu zhodu medzi posudzovateľmi, nasleduje Nortonovej škála. Najvyššiu zhodu medzi posudzovateľmi dosiahla Waterlowej škála. Príčiny uvedených hodnôt môžu byť rôzne. Celkovo dosiahla Bradenovej škála nižšie hodnoty inter-rater reliability ako v zahraničných výskumných štúdiách. Autori García-Diaz et al. (2014, s. 124) skúmali inter-rater reliabilitu Bradenovej škály u tridsiatich pacientov v domácej starostlivosti. Zhoda medzi posudzovateľmi bola vysoká ($ICC = 0,968$). Výskumná štúdia autorov Rogenski, Kuregant (2012, s. 26) uvádza vysokú zhodu medzi posudzovateľmi ($ICC = 0,946$). Autori Wang et al. (2015, s. 592) zisťovali inter-rater reliabilitu Bradenovej škály u 23 pacientov hospitalizovaných v nemocnici. Zhoda medzi posudzovateľmi je vysoká ($ICC = 0,955$). Výskumná štúdia autorov Kottner et al. (2009, s. 1310) uvádza nasledovnú zhodu medzi posudzovateľmi ($ICC = 0,880$). V českom klinickom prostredí bola inter-rater reliabilita Bradenovej škály zisťovaná v dvoch výskumných štúdiách autorov Mandysová et al. (2012, s. 137) a Mandysová et al. (2013, s. 612). Výsledky hodnôt však nie je možné porovnať s našou štúdiou. Dôvodom sú rozdielne štatistické metódy vyhodnocovania zhody medzi posudzovateľmi. Nízke hodnoty Bradenovej škály môžu byť dôsledkom toho, že škála nie je v českom klinickom prostredí veľmi známa. Jednotlivé položky Bradenovej škály pozostávajú z dlhých charakteristík. Tie sú pre sestry časovo náročné, nakoľko ich čítaniu a pochopeniu musia venovať viac času. Ďalším dôvodom môžu byť nejednoznačné významy termínov položiek škály (napr. „občas“, „zriedka“). Druhou hodnotenou škálou v poradí je Nortonovej škála. V Českej republike sa v súčasnosti v zdravotníckych zariadeniach najčastejšie používa Nortonovej škála (Mikula, Müllerová, 2008, s. 18). Toto hodnotíme ako hlavný dôvod vysokej zhody medzi posudzovateľmi v tejto výskumnej štúdií. Vo výskumnej štúdií autorov Wang et al. (2015, s. 592) dosiahla Nortonovej škála vysokú zhodu medzi posudzovateľmi ($ICC = 0,967$). Poslednou hodnotenou škálou v poradí je Waterlowej škála. Nie je v českom klinickom prostredí bežne používanou škálou. V našej výskumnej štúdií dosiahla najvyššie hodnoty zhody medzi posudzovateľmi. Vo výskumnej štúdií autorov Wang et al. (2015, s. 592) dosiahla Waterlowej škála vysokú zhodu medzi posudzovateľmi ($ICC = 0,915$). Vysoká zhoda medzi posudzovateľmi je prekvapením aj pre samotných výskumníkov. Momentálne si vysokú zhodu medzi posudzovateľmi pri tejto škále nevieme vysvetliť. Inter-rater reliabilita býva ovplyvnená viacerými faktormi ako sú dĺžka praxe posudzovateľov, jednotný spôsob posudzovania, skúsenosti sestier s jednotlivými škálami, skúsenosti sestier s dekubitmi. V našej výskumnej štúdií majú posudzovatelia rovnakú dĺžku praxe a prešli rovnakým zaškolením týkajúcim sa posudzovaním pomocou uvedených škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov. Posudzovatelia však majú rozdielny stupeň vzdelania, čo sa mohlo odraziť na ich zhode. Nevyhnutné pre skúmanie inter-rater reliability je práca s dobre preloženou škálou. Škály na posúdenie rizika vzniku dekubitov boli preložené podľa jednotlivých krokov, ktoré uvádzame vyššie. V českej odbornej literatúre nachádzame viaceré preklady škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov. Nie je však možné dohľadať podľa akej metodiky boli preložené, čo vedie k nejednotnosti v ošetrovateľskom procese. Skúmanie inter-rater reliability je dôležité aj z pohľadu plánovania ošetrovateľskej starostlivosti. Škála na posúdenie rizika vzniku dekubitov s problematickou inter-rater reliabilitou vedie k vytvoreniu nekvalitného a nepresného ošetrovateľského plánu.

Limity výskumnej štúdie

Limitom tejto výskumnej štúdie je malý súbor. Z tohto dôvodu nie je možné generalizovať dané výsledky na celú populáciu v Českej republike.

Záver

Výskumná štúdia je zameraná na zisťovanie inter-rater reliability troch škál na posudzovanie rizika vzniku dekubitov: Bradenovej škála, Nortonovej škála a Waterlowej škála. Bradenovej škála dosiahla najnižšiu zhodu medzi posudzovateľmi, nasleduje Nortonovej škála. Najvyššiu zhodu medzi posudzovateľmi pozorujeme u Waterlowej škály. Problematika reliability škál na posúdenie rizika vzniku dekubitov je v českom klinickom prostredí riešená len okrajovo, preto odporúčame ich ďalšie testovanie.

Bibliografické odkazy

- BENNETT, G., C. DEALEY a J. POSNETT. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*. 2004;33(3):230–235.
- COSTA, I.G., CALIRI, M.H.L. Predictive validity of the Braden Scale for patients in intensive care. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011;24(6):772-777.
- DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M.F.H. Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. *Journal of advanced nursing*. 2004;48(6):613 – 621.
- DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M.F.H. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(3):373 – 382.
- DNQP. *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege* [online]. © 2010, posledná revízia 4.10.2014 [cit. 2016-12-04]. Dostupné z http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Deku_Akt_Auzug.pdf
- GARCÍA-DÍAZ, F.J. et al. Reliability in Braden and EMINA's scales for patients in domiciliary, included in the immobilized patients' programme. *Gerokomos*. 2014;25(3):124-130.
- GETHIN, G., JORDAN-O'BRIEN, J., MOORE, Z. Estimating costs of pressure area management based on a survey of ulcer care in one Irish hospital. *Journal of Wound Care*. 2005;14(4):162-165.
- HOUSE, S., GILES, T., WHITCOMB, J. Benchmarking to the international pressure ulcer prevalence survey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2011;38(3):254-259.
- CHAN, W.S, PANG, S.M., KWONG, E.W. Assessing predictive validity of the modified Braden scale for prediction of pressure ulcer risk of orthopaedic patients in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(11):1565-1573.
- CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 201 s. ISBN 80-7067-798-8.
- KOTTNER, J., DASSEN, T. Interpreting interrater reliability coefficients of the Braden scale: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(8):1238-1246.
- KOTTNER, J., HALFENS, R., DASSEN, T. An interrater reliability study of the assessment of pressure ulcer risk using the Braden scale and the classification of pressure ulcer in a home care setting. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(10):1307-1312.
- KWONG, E., PANG, S., WONG, T., HO, J., SHAO-LING, X., LI-JUN, T.. Predicting pressure ulcer risk with the modified Braden, Braden, and Norton scales in acute care hospitals in Mainland China. *Applied Nursing Research: ANR*. 2005;18(2):122-128.
- LANDIS, J.R., KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
- MANDYSOVÁ, P., EHLER, E., TREJBALOVÁ, L. Česká verze škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. *Ošetrovatelstvo*. 2012;2(4):137-142.
- MANDYSOVÁ P., PECHOVÁ J., EHLER E. Využití škály Bradenové pro predikci rizika vzniku dekubitů: inter – rater reliability. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013;4(3):609-613.
- MIKULA J., MÜLLEROVÁ N. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 8024720432.

NICE. *Pressure Ulcer Prevention*. [online]. © 2014, poslední revize 6.2.2014 [cit. 2016-15-04]. Dostupné z: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg179/evidence>

NPUAP, EPUAP. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: Quick Reference Guide* [online]. © 2014, poslední revize 1.10.2014 [cit. 2016-16-04]. Dostupné z: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>

O'TUATHAIL, C., TAQI, R. Evaluation of three commonly used pressure ulcer risk assessment scales. *British Journal of Nursing*. 2011;20(6):27-28,30,32.

PANCORBO-HIDALGO, P.L., GARCIA-FERNANDEZ, F.P., LOPEZ-MEDINA I.M., ALVAREZ-NIETO, C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(1):94 – 110.

PANCORBO-HIDALGO, P.L., GARCÍA-FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA-AGREDA, J.J., MARTÍNEZ-CUERVO, F. Pressure ulcer risk assessment: Clinical practice in Spain and a meta-analysis of scales'effectiveness. *Gerokomos*. 2008;19(2):84-98.

PAPANIKOLAOU, P., LYNE, P., ANTHONY, D. Risk assessment scales for pressure ulcer: a methodological review. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(2):285-296.

POLIT, D.F., BECK, C.T. *Nursing research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. 784 s. ISBN 978-0781737333.

RNAO. *Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcer* [online]. © 2005, poslední revize 5.4.2015. [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/risk-assessment-and-prevention-pressure-ulcers>

ROGENSKI, N.M.B., KURCGANT, P. Measuring interrater reliability in application of the Braden Scale. *Acta Pualista de Enfermagem*. 2012;25(1):24-28.

SERPA L.F., SANTOS, V.L., CAMPANILI, T.C., QUEIROZ, M. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. 2011;19(1):50-57.

SPILSBURY, K., NELSON, A., CULLUM, N., IGLESIAS, C., NIXON, J., MASON, S. Pressure ulcer and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(5):494-504.

ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K. Validity of pressure ulcer risk assesment scales: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014;5(2):85-92.

THOMPSON, D. An evaluation of the Waterlow pressure ulcer risk-assessment tool. *British Journal of Nursing*. 2005;14(8):455-459.

VANGILDER, C., MACFARLANE, G.D., MEYER, S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Management*. 2008;54(2):40-54.

WANG, L.H., CHEN, H.L., YAN, H.Y., GAO, J.H., WANG, F., MING, Y., LU, L., DING, J.J. Inter-rater reliability of three most commonly used pressure ulcer risk assessment scales in clinical practice. *International Wound Journal*. 2015;12(5):590-594.

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Lenka Šáteková
 UOM LF OU
 Syllabova 19
 703 00 Ostrava-Zábřeh
 lenkasat@gmail.com

INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI A JEJÍCH MOŽNOSTECH V ČESKÉ REPUBLICE (E-POSTER)

PUBLIC AWARENESS OF HOSPICE CARE AND ITS POSSIBILITIES IN THE CZECH REPUBLIC

Blažena Ševčíková, Lenka Machálková

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Abstrakt

Cíl: Zmapovat jaké mají informace občané laické veřejnosti o hospicové péči a jejich možnostech v ČR.

Metody: Pro výzkum byl zvolen kvantitativní přístup a nestandardizovaný dotazník (13 položek). Konstrukce dotazníku vycházela z pilotní studie Fokus Group a rešeršního šetření. Pro soubor respondentů byla stanovena kritéria: občané laické veřejnosti z Olomouckého kraje, starší 18 let a vyjádřili informovaný souhlas. Pro distribuci dotazníků byla použita metoda sněhové koule. Města Olomouckého kraje byla vybrána metodou náhodného výběru (losování). Výsledky zpracovány pomocí popisné statistiky, Pearsonova chí-kvadrátu a koeficientu kontingence C z kontingenčních tabulek ($\alpha = 0,05$).

Výsledky: Soubor tvořilo 341 respondentů z 6 měst ve věku 18–90 let (172 žen, 169 mužů). Z výzkumu vyplynulo: pouze 26,1 % respondentů uvedlo, co je hospicová péče. V hospici, je podle 81,9 % respondentů poskytován specifický druh péče a 79,5 % respondentů uvedlo, že je péče zajištěna specializovanými pracovníky. Jako nejčastější motivační faktor práce v hospici uvedlo 73,9 % respondentů práci s lidmi, 52,8 % víru sestry. Veřejnost je informována o hospicové péči podle 26,7 % respondentů, ale podle 41,3 % informována není. Respondenti (80,1 %) nevěděli kolik hospiců je v České republice a kde vznikl první hospic (73 % resp.). Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významná souvislost v odpovědích respondentů mužů a žen na otázky co je hospicová péče ($C=0,208$; $p>0,05$), jaká péče je poskytována v hospici ($C=0,137$; $p>0,05$) a jak je informována veřejnost ($C=0,883$; $p>0,05$).

Závěry: Z výsledků výzkumu vyplynulo, že občané laické veřejnosti, bez rozdílu pohlaví, mají ne zcela přesné informace z oblasti hospicové péče.

Klíčová slova: hospic, hospicová péče, veřejnost, smrt, umírání

Abstract

Aim: To find out to what extent is the lay public aware of the hospice care in the Czech Republic and its possibilities.

Methods: A quantitative approach was chosen with a non-standardised questionnaire (13 items). The questionnaire design was based on a pilot study in a focus group and literature review. The inclusion criteria included: citizens from the lay public in the Olomouc region, aged 18 and more and an informed consent. A snowball method was used to distribute the questionnaire. Towns in the Olomouc Regions were selected randomly (draw). Results were processed using descriptive statistics, Pearson's chi-squared test and contingency C coefficient C using contingency tables ($\alpha = 0.05$).

Results: The sample comprised of 341 respondents from 6 towns, aged between 18-90 (172 women, 169 men). The results show that only 26.1 % of the respondents, was able to say what hospice care is. According to 81.9 %, hospice provides a specific type of care and 79.5 % stated that care is provided by specialised staff. 73.9 % think the most common motivating factor to work in hospice was interpersonal contact, and the nurse's faith by 52.8 %. The public is well-informed about hospice care by 26.7 % respondents however, 41.3 % think the public is not informed. Respondents (80.1 %) did not know how many hospices there are in the Czech

Republic and where the first hospice was established (73 % resp.). The research showed there is no statistical significance between the answers about hospice care and gender, ($C=0.208$; $p>0.05$), what kind of care is provided in hospice ($C=0.137$; $p>0.05$) and how the public is informed ($C=0.883$; $p>0.05$).

Conclusions: The research that the lay public, regardless of gender, have poor information about hospice care.

Key words: Hospice. Hospice care. General public. Death. Dying.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Blažena Ševčíková
Ústav ošetrovatelství
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
blazena.sevcikova@upol.cz

SKÚSENOSTI A POSTOJE SESTIER NA PSYCHIATRICKÝCH ODDELENIACH K AGRESII HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV

EXPERIENCE AND ATTITUDES NURSES ON PSYCHIATRIC WARDS TOWARDS INPATIENT AGGRESSION

Martina Tomagová, Ivana Bóriková, Martina Lepiešová, Juraj Čáp

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť skúsenosť sestier s agresiou pacientov hospitalizovaných na psychiatrických oddeleniach; identifikovať ich postoj k agresii pacientov, k faktorom podmieňujúcim jej vznik a manažmentu agresie.

Metódy: Štúdiu má kvantitatívno-prierezový dizajn. Výber respondentov bol zámerný. Výskumný súbor tvorilo 223 sestier zo psychiatrických oddelení s priemernou dĺžkou praxe 21,27 ($\pm 11,41$) rokov. Zber údajov bol realizovaný prostredníctvom sebaopisných škál Výskyt Agresie Pacientov voči Sestrám, Attitude Towards Aggression Scale, The Management of Aggression and Violence Attitude Scale - Likert.

Výsledky: V období roka malo skúsenosť 98,58% sestier s agresiou hospitalizovaných pacientov. V súbore sestier prevládali negatívne postoje k agresii pacientov. Najväčší súhlas sestry vyjadrili s internými faktormi podporujúcimi vznik agresie pacientov. Z metód manažmentu agresie vyjadrili najväčší súhlas s použitím medikamentózneho liečby a obmedzovacích prostriedkov. Neutrálny postoj zaujali k používaniu netelesných prostriedkov na zvládanie agresie. Identifikovali sme pozitívnu koreláciu medzi vekom, dĺžkou praxe sestier praxe a súhlasným postojom s používaním medikamentózneho liečby i obmedzovacích prostriedkov v manažmente agresie.

Záver: Vysoké percento sestier má osobnú skúsenosť s rôznymi formami agresie hospitalizovaných pacientov. Prevládajú negatívne postoje k agresii. Postoj sestier k agresii pacientov má vplyv na ich postoj k stratégiám manažmentu agresie.

Kľúčové slová: sestra, skúsenosť, postoj, agresia, pacient, oddelenie psychiatrie

Abstract

Aim: The aim of this study was to find out experience of nurses with aggression of inpatients on psychiatric wards; to identify their attitudes towards patient aggression and to the factors influenced the occurrence and management of aggression.

Methods: A quantitative cross-sectional study was used. The selection of respondents was intentional. The sample consisted of 223 nurses from the psychiatric wards with a mean number of years of work experience 21.27 (± 11.41) years. Data were collected by self-reference instruments Violence and Aggression of Patients Scale, Attitude Towards Aggression Scale, The Management of Aggression and Violence Attitude Scale - Likert.

Results: Over the past year, 98.58% nurses had experience with patient aggression. Among respondents prevailed negative attitudes towards the patient aggression. The largest agreement nurses expressed to internal factors supporting patient aggression.

From methods of management patient aggression nurses expressed largest agreement with medication and restraints. Nurses had neutral attitude towards the using non-physical methods of aggression management. We identified positive correlations between age, length of nursing practice and affirmative attitudes with using of medication and restraints.

Conclusion: A high percentage of nurses has experience with various forms of patient aggression. The negative attitude towards aggression predominates in research sample. The

attitude of nurses towards patient aggression affects their attitude toward the methods of aggression management.

Key words: nurse, experience, attitudes, aggression, patient, psychiatric ward

Štúdia podporená projektom VEGA 1/0217/13 Identifikácia výskytu a analýza agresie pacientov voči sestram.

The study supported by project VEGA 1/0217/13 The prevalence identification and analysis of patients' aggression against nurses.

Kontaktní adresa autora:

Doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovenská republika

ANXIETY AND NEED FOR INFORMATION IN PARENTS OF CHILDREN PREPARED FOR SURGERY UNDER GENERAL ANESTHESIA

Agnieszka Turbiarz, Beata Babiarczyk

University of Bielsko-Biala, Faculty of Health Sciences, Poland

Abstract

Aim: The aim of the study was to determine the level of anxiety and the need for information among parents of children waiting for surgery under general anesthesia.

Method: The survey was conducted among parents of children prepared for elective small and medium surgical procedures under general anesthesia in selected stationary and short-term treatment units. The study used standardized tools STAI (X-1), VAS, APAIS. In addition, the researcher's own questionnaire survey was used.

Results: The study showed that the average value of the anxiety intensity levels as measured using STAI (X-1) was 48.37 points, 6.71 points for APAIS and 6.43 points for VAS. Based on the analysis of the data it was demonstrated that the parents of the children were interested in a wide range of issues related to the perioperative period.

Conclusions: Parents' concern about the fate of their operated a child manifests in varying levels of anxiety before surgery. There is great interest in obtaining information related to this issue. Monitoring the level of anxiety and the need for information can influence the improvement of the perioperative process.

Key words: perioperative anxiety, information need, parents, children

Introduction

The perspective of a surgery, either closer or further, is always connected with a stay in hospital. The need for hospitalization is, in turn, associated with disruption of everyday routine. Moreover, the invasion into the human system, regardless of the intention, always raises anxiety and concerns (Ziębicka 2006, p. 42; Javaid, 2007, p. 146; Mitchell, 2007, p.122; Fortier, 2010, p. 320; Aalouane, 2011, p. 148). The concern about the life and safety of the child may lead to a specific type of anxiety in parents, different than the one related to being concerned about oneself. Responsibility for another person and for the decision to subject a child to surgical treatment may make the anxiety of parents stronger than the anxiety experienced by people responsible only for their own life (Zuwala, 2001, p. 24; Messeri, 2004, p. 554; MacLaren, 2008, p. 811; Scrimin, 2009, p. 229). Importantly, parents are often the first to inform their child - both verbally and non-verbally - about the future surgery. The child asks questions and carefully observes the behavior of adults. Avoiding response and eye contact as well as a worried face and voice signal forthcoming changes - they may implicate anxiety and may increase pain sensations (Thompson, 2009, p. 719; McMurtry, 2010, p. 682; Bearden, 2012, p. 3).

In the era of a dynamic development of medicine, one of the essential tasks of healthcare personnel is to notice and become aware of the patient's anxiety connected with surgery, and to initiate interpersonal relations in a competent way. In organizational terms, the process of informing is usually associated with stages of the intraoperative period (Ziębicka 2006, p. 43). Self-awareness, both of the patient and of the healthcare personnel, is essential in the context of expectations towards treatment and care during preparations to the surgery and its performance as well as the postoperative care (Kain, 2007, p. 67; Ortiza, 2013, p. 4). Parents want to know about their child's pain, anesthesia, awakening, the risk of vomiting, the course of the surgery and any other risks which may be associated with the surgery (Wisselo, 2004, p. 302; Healy, 2013, p. 182). Children of parents with a multi-

directional behavioral preparation (supported by a psychologist, anesthesiologist - pedagogue and provided with information) demonstrated a lower level of anxiety compared to groups with less knowledge or preparation (Kain, 2007, p. 69). The specificity of the profession of the physician and the nurse implies, besides providing expert assistance and medical care, legally conditioned obligation to inform the patient (Act on professions of doctor and dentist, 1996, p.91; Medical Code of Ethics, 2004, p.3; Act on patient's rights, 2008, p.4). Providing information is related to identification of parents' needs and their level of anxiety. The identification may allow for the use of strategies aiming at supporting and increasing the sense of safety among the whole family.

Aim

The aim of the work was to determine the level of anxiety and the need for information among parents of children awaiting surgery under general anesthesia.

Material and methods

Independent research was conducted on the basis of the authorization granted by the local Bioethics Committee in a hospital and a one-day surgical facility with a pediatric profile. The necessary criteria included surgery under general anesthesia in the same scope of surgical procedures and the age requirement - parents of 3-6 years old children had to be of age. The study involved 93 people divided into two groups: Group A - parents of children undergoing surgery within a long-term care system (hospital), group B - parents of children undergoing surgery within a short-term care system (one-day surgical facility).

Anonymous tests were conducted in the period between January 2011 and November 2011 with the use of the following instruments: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), Visual Analogy Scale (VAS) and a self-designed questionnaire. STAI is often used as a tool in studies related to medicine (MacLaren, 2008, p. 810; Fortier, 2010, p. 319; Matthias, 2012, p. 4). It enables assessment of anxiety as State anxiety and Trait anxiety in a group of healthy and ill individuals aged 15 and older. The inventory includes two subscales: the first (X-1) is used to measure State anxiety as a temporary and situationally conditioned state of an individual, whereas the second (X-2, which was not employed in the research) is used to measure Trait anxiety, a relatively consistent personality feature (Greszta, 2008, p. 159).

APAIS is applied to examine the anxiety sphere and the information sphere. This scale consists of six items - four of them represent anxiety connected with surgery and anaesthesia (defined as APAIS-anxiety in the research) and the other two represent the need for information on these areas, defined as APAIS-information (Moerman, 1996, p. 446).

VAS is a standardized tool used in a number of studies (Fortier, 2010, p. 319; Jawaid, 2007, p. 146). The measurement tool has the form of a scaled ruler with a 0-10 cm scale. Drawings found on the extreme poles of the scale refer to the level of anxiety: the smiling face - no anxiety and the grimace face - the most severe anxiety.

The self-designed questionnaire includes 25 open-ended and closed questions. The questions fall into three categories: general questions, questions concerning demand for information, its content and form of communication; part 3 contains questions related to the impact of information on the anxiety level and self-assessment of one's own knowledge after surgery.

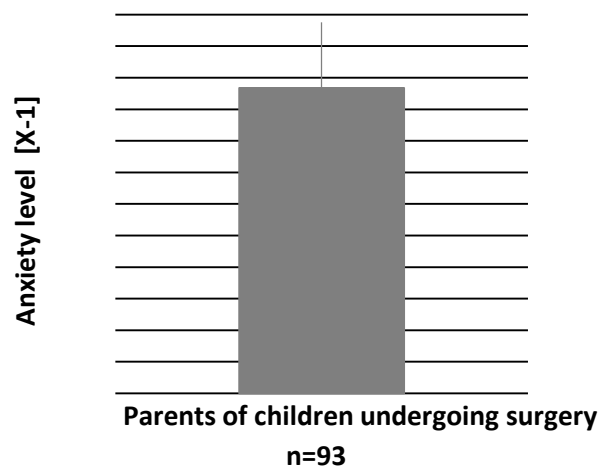
The obtained data were organized and introduced into the Microsoft Office Excel spreadsheet and subjected to statistical analysis with the use of the program Statistica Version 10. Basic statistical parameters were calculated for quantitative variables. Assessment of the correlation

between qualitative and quantitative characteristics of the measurement scale was made with the use of Pearson's chi-square (χ^2) tests of independence. The results were verified with the use of a confirmatory method based on the analysis of variance.

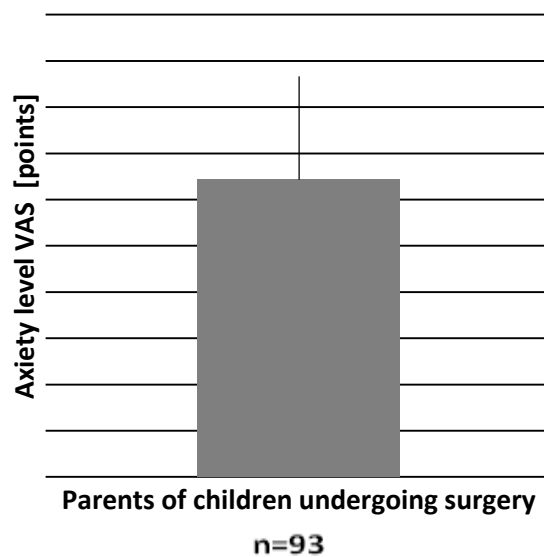
Results

The study involved 93 participants: group A was comprised of 45 parents of children operated in hospital and group B - of 48 parents of children operated in a one-day surgical facility. Statistically, no major differences were found between the analyzed groups in terms of age. Despite this fact, it was noted that the largest group (60%) was constituted by people below 35 years of age. There were no major differences between the groups in terms of education and religion. Statistically, more women (72%) participated in the study than men (28%), which may be an indication that children are taken care of mostly by mothers.

The level of anxiety, in accordance with the assumptions of the study, was measured in both groups as a whole as well as separately with the use of three questionnaires (STAI, VAS, APAIS-anxiety). It was demonstrated that the anxiety level of parents whose children were operated in hospital was higher than that of parents whose children were operated in one-day surgical facilities both in VAS (A: 6.9 points vs. B: 4.9 points), and in APAIS-anxiety (A:15 points vs. B: 13.5 points). The study with the use of the STAI X-1 questionnaire gave similar results (A:48, 9±10,2 points and B: 47.8±10.2 points). The results of anxiety level measurement for both groups as a whole were as follows: STAI X-1 was 48.37±10.18 (range: 27-71 points), VAS 6.43±2.24 points (range: 1-10 points), APAIS-anxiety 14.31±3.48 points (range: 6-20 points). Average values of anxiety level measured with STAI-X-1 and VAS were shown on graph no. 1 and graph no. 2 respectively.



Graph 1. Anxiety level (X-1) of parents children undergoing surgery; min-max 27-71



Graph 2. Anxiety level (VAS) of parents children undergoing surgery; min.-max. 1-10 points

The degree to which parents are kept informed may influence the scope and variety of demand and expectations related to information about the perioperative period. Demand for information was measured with the use of questionnaires: APAIS (part: APAIS-information) and a self-designed questionnaire. It was demonstrated that in group A the level of demand was 8.33 ± 1.91 , whereas in group B it reached 7.81 ± 2.04 points. (table no. 1).

Table 1. Comparison of average values of the demand for information related to anesthesia and surgery (APAIS-information)

Group	Average value [points]	Standard deviation	Minimum	Maximum
A n=45	8,33	1,91	4	10
B n=48	7,81	2,04	2	10
Statistical significance		p>0,05		

A – Parents of children undergoing surgery within a long-term care system (hospital); B – Parents of children undergoing surgery within a short-term care system (one-day surgical facility)

The study also enabled us to confirm that the level of being informed about perioperative procedures in one-day surgical facilities was higher than in hospitals. It was shown that the level of being informed about procedures associated with the preoperative period ($p=0.00002$) and postoperative period ($p=0.00001$) was important from a statistical point of view, depending on being part of group A or B.

Results showing relatively high levels of APAIS-information (table no.1) demonstrated the connection between the self-designed questionnaire and the survey in the scope of high demand for information about the perioperative period in the whole examined group. Analysis of the data revealed that most of the respondents received information about the surgery during a

conversation with the nurse (71.8%) and the physician (77.2%). Additional source of information for parents of children in one-day surgical facilities were brochures (50%) and written preoperative information (56.3%). Other sources of information quoted by the respondents were family and friends.

Regardless of the place of treatment, respondents expected to be provided with information by the physician and the nurse, to be granted professional care (86%) and to be explained the perioperative procedures (44.2%) or anesthetic choice (44.6%). Nurses were also expected to provide: compassionate care (64.1%), understanding (46.6%) and clarification of doubts (47.1%). Other expectations included: time for the patient as well as a good word and a smile. Both groups found it important to be provided with information on how to prepare for the procedure (52%), the duration of the surgery (58%) and the postoperative diet (69%). Another important aspect mentioned by the respondents was the anxiety related to the perioperative pain. A higher percentage of respondents from both groups expected information on how the pain would be reduced (55%) rather than on whether any pain would occur (36%). The least information was expected on exercises to be undertaken before an operation - 24% of all participants of the study. Some respondents were also interested in receiving information about estimated duration of the surgery (53%) and stay in the operating room (51%) as well as the probability of nausea and vomiting (54%). The aspects related to mobility, eating and drinking after the surgery were pointed out less frequently. Another area of interest for the respondents was the possibility to stay with the child in the hospital room after the surgery. A larger percentage of parents interested in this topic can be found in the subgroup A in comparison to the subgroup B: 57.78% vs. 35.42%. The analysis of self-evaluation of knowledge about the surgery and preparation to the surgery, which was conducted after the surgery among respondents belonging to groups A and B, demonstrated that a large proportion of respondents identified their level of knowledge as good (62.5%). 33% of the respondents described the level of their knowledge on the issue as very good. 14.5% of the respondents evaluated it as insufficient.

The research also included the analysis of multiple regression to indicate which independent variables (among others, APAIS-information, information on medical activities performed by a physician and a nurse before and after the surgery) significantly affected the level of state anxiety (STAI X-1). The coefficient of determination attained a low value in both of the subgroups, and the model was insignificant.

Discussion

According to numerous reports, surgery and anesthesia may constitute a situation of uncertainty, anxiety and concerns for the patient (Ziębicka 2006, p. 43; Javaid, 2007, p. 146; Mitchell, 2007, p. 122; Fortier, 2010, p. 320; Aalouane, 2011, p. 148). The combination of concern and lack of sufficient knowledge is one of the factors evoking an anxiety reaction in parents. R. Zuwała R. and K.R. Barber stressed that the anxiety of the parent or guardian increases vulnerability to fear in the child who is to undergo surgery (Zuwała, 2001, p. 24). The level of parental anxiety measured by means of STAI X-1 was medium level and its raw scores (A: 48.9 ± 10.2 points and B: 47.8 ± 10.2 points) were higher than in the study conducted by M. Fortier et al. (43.81 ± 11.02 points) (Fortier, 2010, p. 320). The analyses by means of VAS and APAIS also demonstrated an elevated level of anxiety. The above presented statements and analysis results suggest that the experience of being a parent may significantly affect the perception of the child's perioperative period and may constitute a factor predisposing to an increased level of anxiety.

Demand for information is closely related to the expectations of patients and their families toward professional healthcare personnel, namely the physician and the nurse.

The willingness to expand knowledge on anaesthesia and surgery (APAIS-information) remained on a high level among the two groups: 7.81-8.33 on average, table no. 1. The result was convergent with the data obtained during the analysis carried out by A. Matthias and D.N Samaraskera: 7.49 ± 3.1 points (Matthias, 2012, p. 4).

A significant proportion of respondents participating in the self-conducted research pointed to the need for professional care provided by both the physician and the nurse (86%) and the expectation of them to explain issues related to the perioperative period. It can be stated that the importance and authority of the physician and the nurse as the main representatives in the process of treatment and care were confirmed.

On the basis of the self-designed questionnaire the respondents indicated a range of information they would like to receive in the period before and after the surgery conducted under general anesthesia. The respondents pointed to such information as the type of anesthesia, the possibility of pain experienced by the child, nutrition and treatment after the surgery. The responses converge with the observations presented by B.K. Gordon et al. and authors of other studies (Wisselo, 2004, p. 302; Gordon, 2011, p. 730; Tait, 2011, p. 921).

Possessing and acquiring information by patients in the process of preparation and the course of perioperative period in accordance with the rule of optimal and individual dispensing of knowledge seem to be some of the factors which may influence the decrease of the level of anxiety connected with a planned surgery under general anesthesia (Ziębicka, 2006, p. 113; Romanik, 2009, p. 5).

The majority of respondents rated their knowledge on the perioperative period as good (62%) and very good (33%). The result may point to a connection between possessing information and an average level of anxiety presented in this study. Y.Y. Lou's study revealed the lack of influence on anxiety level diversification among groups in relation to the conveyed information (Luo, 2013, p. 823).

The self-conducted research, on the basis of the analysis of multiple regression, demonstrated that the conveyed information affected the intensity of anxiety in 17%, whereas the remaining percentage, 83%, was associated with other factors non-identified in the research. Limitations which could have resulted in no apparent statistical effect might be connected with the need to conduct the research among a larger group of individuals and to search for factors (or perhaps, identification of concerns) which could affect the anxiety level but were not the subject of this research.

Conclusions

Parents' concern about their child undergoing a surgery is manifested in varying intensity of anxiety related to the operation. A high interest in acquiring information on the surgery under general anesthesia is observed among parents of children awaiting such an operation. The complexity of the phenomenon of anxiety as such and the need for information as well as its impact on the anxiety level point to the need to analyse the subject. It seems necessary and important to devote time and attention not only to clarifying the content of formal sources of information but also to working on the development of skills related to monitoring the anxiety level and the need for information. Both of these factors may have a significant impact on improvement of the nursing and treatment process.

Bibliography

AALOUANE, R., RAMMOUZ, I., TAHIRI-ALAOUI, D. et al. Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage. *Neurosciences*. 2011;16(2):146-149.

ACT ON PATIENT'S RIGHTS form date 06.11.2008 r. (tekst jedn. Dz. U. 2012, ze zm.), art.9: u. 1, 8.

ACT ON PROFESSIONS OF DOCTOR AND DENTIST from date 05.12.1996 r. (tekst jedn. Dz. U. 2011, ze zm.), art.31: u.1

BEARDEN, D.J., FEINSTEIN, A., COHEN, L.L. The influence of parent preprocedural anxiety on child procedural pain: mediation by child procedural anxiety. *J. Pediatr. Psychol.* 2012;37(6):680-686.

FORTIER, M.A., DEL ROSARIO, A.M., MARTIN, S.R. et al. Perioperative anxiety in children. *Paediatr. Anaesth.* 2010;20(4):318-322.

GORDON, B.K., JAANISTE, T., BARTLETT, K. ET AL. Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child Care Health Dev.* 2011;37(5):727-33.

GRESZTA, E., SIEMIŃSKA, M.J. Poziom Lęku-stanu i Lęku-cechy pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych. *Ann. Acad. Med. Stetin.* 2008;54(1):157-163.

HEALY, K. A. Descriptive Survey of the Information Needs of Parents of Children Admitted for Same Day Surgery. *J. Pediatr. Nurs.* 2013;28(2):179–185.

JAWAID, M., MUSHTAQ, A., MUKHTAR, S. et al. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007;12(2):145-148.

KAIN, Z.N., CALDWELL-ANDREWS, A.A., MAYES, L.C. et al. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology.* 2007;106(1):65-74.

LUO, Y.Y. Effects of written plus oral information vs. oral information alone on precolonoscopy anxiety. *J. Clin. Nurs.* 2013; 22(5-6):817-827.

MATTHIAS, A., SAMARASEKERA, D.N. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwan.* 2012;50:3-6.

MACLAREN J., KAIN Z.N. A comparison of preoperative anxiety in female patients with mothers of children undergoing surgery. *Anesth. Analg.* 2008;106(3):810-813.

MCMURTRY, C.M., CHAMBERS, C.T., MCGRATH, P.J. et al. When "don't worry" communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain* 2010;150(1):52-58.

MEDICAL CODE OF ETHICS from date 02.01. 2004 r., art.13: u. 1, 2, 3.

MESSERI, A., CAPRILLI, S., BUSONI, P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Paediatr Anaesth.* 2004;14(7):551-556.

MITCHELL, M. Anxiety management: a distinct nursing role in day surgery. *Ambulat. Surg.* 2000;8:119–127.

MOERMAN, N., VAN DAM, F.S., MULLER, M.J. et al. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth. Analg.* 1996;82(3):445-451.

ORTIZA, J., WANG, S., ELAYDA, A. et al. Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2013:1-6.

ROMANIK, W., KAŃSKI, A., SOLUCH, P. Szymańska O. Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anest. Intens. Ter.* 2009;61(2):94-99.

SCRIMIN, S., HAYNES, M., ALTOÈ, G. et al. Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child Care Health Dev.* 2009; 39(2):227-233.

TAIT, A.R., VOEPEL-LEWIS, T., GAUGER, V. Parental Recall of Anesthesia Information: Informing the Practice of Informed Consent. *Anesth. Analg.* 2011;112(4):918-923.

THOMPSON, C., MACLAREN, J.E., HARRIS, A. et al. Brief report: prediction of children's preoperative anxiety by mothers and fathers. *J. Pediatr. Psychol.* 2009;34(7):716-721

WISSELO, T.L., STUART, C., MURIS, P. Providing parents with information before anaesthesia: what do they really want to know? Paediatr. Anaesth. 2004;14(4):299-307.
ZIĘBICKA, J., GAJDOSZ, R. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. Anestezjologia i Intensywna Terapia 2006;1:41-44.
ZIĘBICKA, J., GAJDOSZ, R. Informacja medyczna i jej znaczenie dla chorych przygotowywanych do znieczulenia i operacji. Anestezjologia i Intensywna Terapia 2006;2:110-114.
ZUWALA, R., BARBER, K.R. Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. AANA J. 2001; 69(1): 21-25.

Contact's authors address:

Agnieszka Turbiarz, RN, MSN, HSD
Assistant Professor
Faculty of Health Sciences
University of Bielsko-Biała
Poland
aturbiarz@ath.bielsko.pl

SATISFACTION WITH NURSE – STUDENT NURSE COMMUNICATION ON HOSPITAL WARDS DURING NURSING PRACTICE

Saša Uljančić^{*,**}, Marija Bukvić^{*,**}, Danijela Tibljaš^{*}, Dunja Čović^{*}

**Medical school in Rijeka, Croatia*

*** University of Rijeka, Faculty of health studies, Croatia*

Abstract

Introduction: High school and college students, during their professional nursing education, obtain many nursing orientation on different hospital wards (units). As a part of their nursing practice they perform a various exercises in nursing care weather on hospital wards or in outpatient sites. Guided by their teachers and mentors nursing students meet registered nurses who already work on those places and start their professional interpersonal communication. Formal nursing student training on daily basis is conducted by teachers and mentors whose personal background is nursing education in health system. There are other health care workers on hospital units that nursing student meet during their nursing practice. Since communication in nursing practice is extremely important, it has encouraged us to explore how students feel about it.

Aim: The aim of this study is to determine the satisfaction in communication between nursing students and nurses in work force.

Methods: The methods used in this study helped us in exploring the measurements and analysis in order to get accurate results in quality of professional communication between nurse and nursing students.

Results: Furthermore, the “Discussion” part shows that nurse’s attitudes on the hospital units affects the behaviors of nursing student’s organizational skills, quality of provided nursing care and level of professional communication.

Conclusion: We are aware that interpersonal communication is essential in nursing care because it creates interpersonal relationships between nurses, patients and interdisciplinary team. As such it creates a large impact on performing nursing duties and nursing student’s motivation for learning.

Key words: students, nurses, communication

Introduction

Communication in nursing - professional communication

Communication Science is a science that deals with communication. A small part of it is professional communication in nursing which is a subject prescribed by Vocational curriculum of General nursing. Not only it is a mandatory course to students of third grade but is also one of the major subjects to the students of the first year of Undergraduate professional study of nursing.

Effective communication is just one of the many skills that nursing students must master to be effective in nursing field. A nurse’s role goes far beyond that of medical care. In addition, today’s nurses should be equipped with a working knowledge of medical management, communication skills, ethical / legal issues, end-of-life care, and team collaboration among others (e.g., Ferrell, Dahlin, Campbell, Paice, Malloy, & Virani, 2007). Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Sanchez-Reilly, and Ragan (2010) contend that nurses need to have specialized training protocols focused on developing effective communication skills.

Code of Ethics in nursing care emphasizes the importance of good communication.

Quality communication of health professionals is of great importance not only to patient's recovery but also in teamwork education of younger colleagues (nurses).

The most important nursing skill is a professional communication with patients, colleagues and students. The characteristics of the professional communication are: kindness, patience, compassion, tolerance, honesty, emotional stability, democracy and determination.

Communication is a dynamic exchange of information.

Knowing that entirely nurse should be aware of what she speaks and does (performs) unify a comprehensive approach in communication which leads to understandable and proper interpretation. A successful nurse is a nurse who besides medical skills also effectively conveys information to students and that is possible only if nurse has a proper knowledge in communication and necessary self confidence.

Studies of nursing students' perceptions of the clinical environment concluded that there is a need for nurses to welcome the nursing students into the profession (Atack, Comacu, Kenny, LaBelle, & Miller, 2000; Lofmark & Wikblad, 2001).

Aim

The aim of this study is to determine student's satisfaction in communication with nurses on hospital units during student's nursing orientations and to encourage students in identifying positive aspects of professional communication which needs constant maintenance and improvement.

Methods

Sample: The students in fourth and fifth grade in General nursing studies in Medical School (high school) in Rijeka, 99 students. Students first, second and third year of Undergraduate professional studies of nursing faculty of health studies, University of Rijeka, 76 students. Survey was given to 175 people.

Instrument: Individual survey and anonymous survey.

In the analysis of the survey results were obtained by quantitative statistical methods and distribution of frequency responses to individual questions. The results showed were in numerical order. They also show a percentage of answers of offered ten questions to each respondent.

Measuring instruments are the questions asked in the form of statements that the respondents give quantitative (1-7) and qualitative (8-10) responses. In quantitative issues grading 1-5 respondents expressed their agreement or disagreement with the statement (5 exactly, 4- generally true, 3- hesitant, 2- mostly incorrect, inaccurate 1), and qualitative issues in their own words expressed proposals to improve the communication of nurses and nursing students.

Numeric values results are processed manually. The numeric data is showed in a graphical form as well. To convert numerical data in the graphic form, the data from the survey is uploaded in the program Microsoft Office Excel, 2007.

Results

Reporting experiments are given in three ways:

[1] For the first 6 statements [1-6 questions] respondents had five offered answers

[5- true, 4- generally true, 3- hesitant, 2- mostly incorrect, 1-inaccurate];

In the question #7 respondents gave numerical rating [excellent (5), very good (4), good 3); sufficient (2); not sufficient (1). The last three issues [8-10 issue] respondents answered qualitatively.

[2] The answer to each question / statement is presented in a graphical form.

[3] Each graphical form of results is analyzed.

1. Question #1. During my nursing practice on hospital units, I feel well accepted by nursing staff

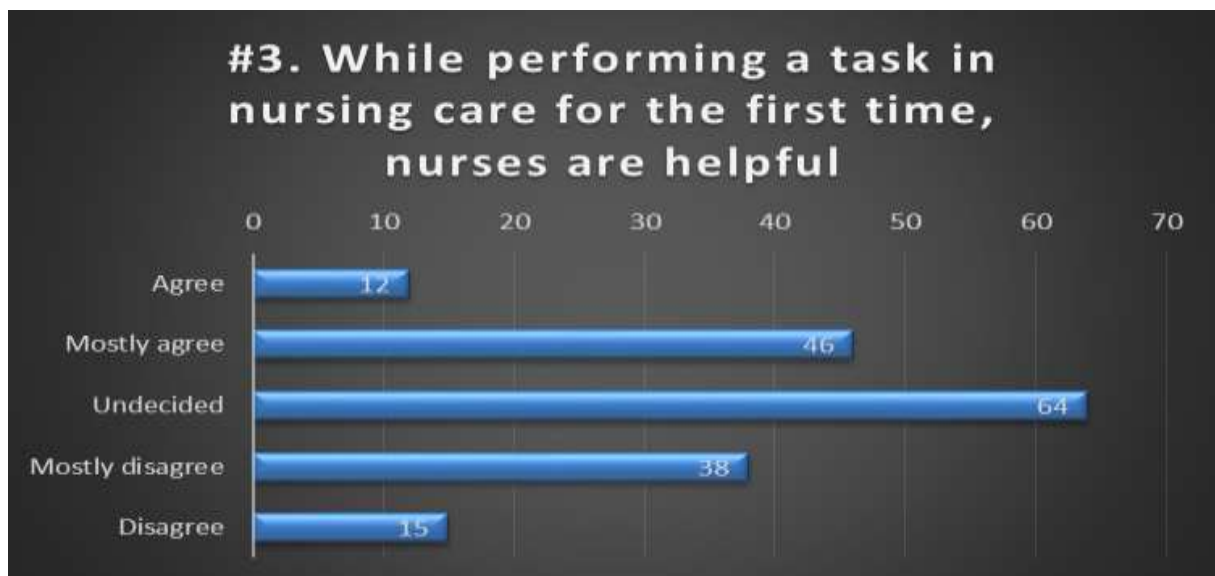


The percentage nursing students well accepted on hospital units all together is 7%. Mainly accepted is 32%; Undecided is 37% and not accepted is 24% of students.

Question #2. Nurses gladly accept my help

With the statement "nurses on hospital units gladly accept my help," agree and mostly agree 55% of students, 27% were undecided, while 18% disagree or mostly disagree.

Question #3. While performing a task in nursing care for the first time, nurses are helpful



Only 33% of students agree that nurses are generally helpful when students perform a nursing task on the hospital unit for the first time; 31% of students do not agree with the statement and 36% of students are undecided.

Question #4. During my nursing practice, I have learned a lot from other nurses

More than a quarter of students (26%) disagree with the statement that they learned a lot from other nurses during their nursing training while 36% agree with the statement. The highest percent (38%) are undecided students.

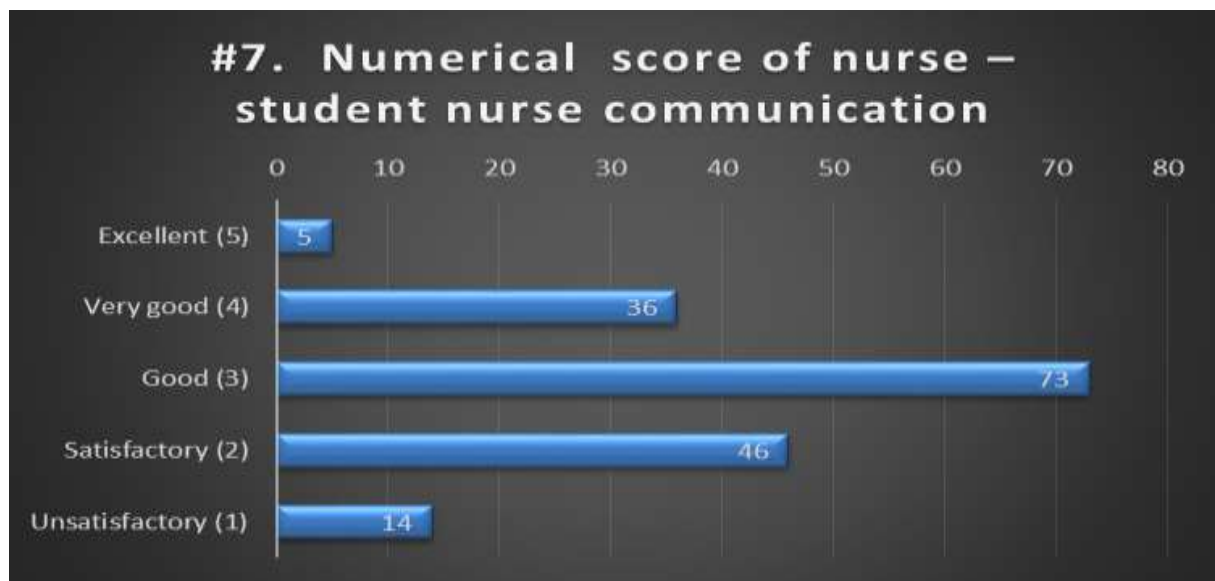
Question #5. I love nursing profession more than ever because of nursing staff on hospital wards

Only 3% survey participants claims that they love nursing profession even more due to nurses on the hospital wards, 14% are generally agrees with this statement, 31% of students are neither agree nor disagree while 52% of respondents disagreed or mostly disagreed with the statement.

Question #6. I am pleased to be working in some hospital wards because of nursing staff

In 28% of respondents answer positively to this claim while 28% are undecided. Even 44% of students are not happy or not looking forward to work on some hospital wards because of nursing staff.

Question #7. Numerical score of nurse – student nurse communication



Only 24% of students evaluated nurse – student nurse communication with grades „excellent“ and „very good,“ whereas 42% of students evaluated with „good.“ Satisfactory or unsatisfactory was in 34%. The average score was rated Good (3).

Question #8. If there is anything you would change in nurse – student nurse communication, it would be...

1. Understanding, patience, politeness
2. Nurses willingness to clarify nursing procedures and not treating students as acknowledgeable and incompetent
3. Nurses perception of students as equal future colleagues
4. Friendly, relaxing nursing approach without negative comments "This is not in my job"

description" and "I'm not paid for it."

5. Less complain about nursing job, quit self-pitying and allow us to help them

Question #9. Personal views of nurse –student nurse relationship

1. The experiences are equally positive as well as negative.
2. A majority of nurses hold themselves "high" and do not accept us as their colleagues
3. On the "difficult" hospital units students get appreciation and respect as colleagues, while on some "easier" wards this is not the case
4. Depends on the day's work load
5. Mostly bad due to work overload and shortness of nurses in health care

Question #10. What is a proper definition of communication in nurse – student nurse relationships

1. Nursing friendliness and willingness to share their knowledge
2. Nursing warmly acceptance of nursing students and wish to educate them
3. Some nurses are exceptionally nice to students and helpful with certain nursing skills / techniques
4. Nursing accessibility, politeness and wish for guidance of nursing students
5. Nurses personal mood swings is the key to valuable advices during the shifts

Discussion

The survey which included 99 students in the 4th and 5th grade of high school Medical School in Rijeka, General Nursing department and 76 Undergraduate students of Nursing Faculty of Health Studies, University of Rijeka gave interesting and worrying results.

The results were interesting in terms of the diversity of experiences in nurse – student nurse communication and concerning in terms of showing relatively high dissatisfaction in nursing professional communication.

In a study conducted by Lofmark and Wikblad (2001), facilitating and obstructing factors for learning in clinical practice were identified by students. Facilitating factors included being allowed to take responsibility, being allowed to work independently, having opportunities to practice tasks and receive feedback, collaborating with staff and supervising others, gaining an overview of the setting, and gaining a sense of the control. The behaviors were identified as the lack of a student-supervisor relationship, organizational shortcoming in supervision, and experience of students' own shortcomings. The negative supervisor's behaviors were described as taking over, making condescending comments, being irritated or not interested and not giving feedback or opportunities to reflect on either situation or student's nursing skill performance.

Other supervisor's behaviors had negatively impacted student learning by not knowing the educational objectives as much as student's abilities to perform certain nursing duties; by staff's uneasiness from lack of guidelines for nursing care; by increased stress on the hospital wards due to a lack of time and by not allowing students to participate in patient's nursing care or activities.

General acceptance and good acceptance on hospital wards feel 39% of nursing students and poor and mostly poor acceptance feel 24% of nursing students.

Personal feelings of other 37% students varies from different hospital wards and they described it the answer #9: "A personal views of nurses – nursing students relationship".

According to 55% survey participants hospital wards' acceptance was achieved while 27% are undecided in response which could be best explained in the answer #9, accepted /desired when providing nursing care in hygiene and medical material supply.

Only 33% of students agreed that the nurses are generally happy to explain task in nursing care process when doing it for the first time, 31% did not agree or tend to agree while 36% are undecided who claim that nurses sometimes would explain, sometimes would not.

In the statement #8 that says "If there is something that nursing students could change in the nurse –student nurse communication it would be ..." a patience, relaxing approach, easier accessibility to staff members and proper communication" as important facts that would certainly improve results obtained by this statement.

A large percentage of undecided voters were in the question #10: "What is good in the communication in nurse – student nurse relationship?"

There is no simple answer to that question. It depends on personal characters of each nurse and varies between hospital's wards due to hardships of nursing duties.

While 41% of survey participants agree or mostly agree on nurse helpfulness on hospital units, a quarter (26%) of them does not agree or tend to agree.

A percentage (38%) is undecided and that leads to a total of 62% of participants who stated that they acquired some knowledge but not as much as they expected.

Knowing how important role models are for young people, it seems quite devastating that only 3% of nursing students loves nursing profession due to nursing staff on hospital wards and only 14% of participants generally agree with this statement.

While 52% of students disagreed or mostly disagreed with this statement, some of the comments explain the results to the Question #8: „What would student nurses change in communication with practicing nurses in hospitals?“ The answers are clear and straight forward: to stop complaining, to stop self- pity and to stop degradation of nursing profession because if they don't like it, there is someone who wholeheartedly loves this profession.

“We love being nurses!”

Further on, 44% of survey participants stated that are not looking forward to work with particular nursing staff, while 28% of students gave completely opposite answer.

The rationale for these completely opposite answers are explained in questions #9 and question #10: „...experiences are both positive and negative and some nurses accept student nurses are warmly and they are willing to educate them.“

Even though, the numerical rating of nurse – student nurse communication varies from excellent (5) to poor (1), the average score is Good (3). So, as professionals we know that communication could be successful or unsuccessful. Therefore, this assessment has shown us that professional communication is not on the proper level and it needs a lot of improvement.

Analyzing answers to the several questions:“ what to change in nurse –student nurse communication, student's opinions on interpersonal relationships on hospital wards and positive things about nurse- student nurse communication,” the answers are self explanatory through the survey.

A qualitative study was conducted by Atack et al. (2000) to gain an understanding of the lived experience of staff and students within a clinical practice model. The most important factor recognized by students in the student-staff relationship was open communication founded on mutual courtesy and respect.

Although most of the students in this study stated that the biggest problem in nurse – student nurse communication is the lack of understanding, patience, kindness, competence, accessibility and improper communication it self, some of the students went further and expressed their opinions in more details. Their complaints are directed to nurses who have negative attitude towards nursing profession and don't treat nursing students as an equal future coworkers.

While analyzing this survey, one could think that obtained results portray three different groups of survey participants. Those who are satisfied, those who are not satisfied with professional communication and those who are ambivalent about nurse – student nurse interpersonal relationships. Even though, it appears that way it is not the case because the student opinions varies in relation to different hospital wards.

Different nursing approaches, nurses' accessibility and their attitudes evidently show that communication between student nurses and working nurses could have a quality.

In describing the experience of the nurse – student nurse relationship, students refer to an individual characteristics and the personality of the nurses on the hospital wards by stating: „Some of nurses are friendly and helpful; others are arrogant and have no understanding.”

This statement supports the theory of communication skills based on personality traits.

On the other hand, when explaining the examples of good communication in nursing practice (on „difficult“ hospital units like ICU, Surgery room, ER (emergency department), Intensive Infant Care Unit in Kantrida Children's Hospital, Dialysis Unit), students are treated with appreciation and respect as the future colleagues. That also tells us that the communication is a reflection of personal views and in these cases we could call it “hospital's attitude” and “wards' / units' attitude“.

Although some of the students rationalized poor communication skills due to the workloads or nurses “having bad day”, most of the students evaluated communication as bad especially in cases when nursing students get more information from doctors than from working nurses on the hospital ward's.

In response to the question "What is the good thing in nurse– student nurse communication?“ it is obvious that survey participants recognize some hospital words and their nursing staff as specific individuals who spread positive vibration and are open for learning at any time.

With these attitudes nursing communication could certainly get an improvement?

Conclusion

In order to have a successful communication, information recipient needs to receive the information / message in the form sent by a sender.

Even though, it appears very simple, that goal is not easy to achieve because communication skills depend on verbal and non- verbal communication that easily could be misinterpreted.

When misinterpretation happens, the original information is perceived in a wrong way and further on creates misunderstanding and conflicts. Needless to say it becomes a barrier to a healthy communication. Having that in mind, each individual should develop own interpersonal and intrapersonal communication skills through personal education and work integration.

During five years of nursing school, nursing students practice nursing skills on every day basis on the hospital wards. They are highly motivated in acquiring new knowledge that builds on their present foundation of nursing skills.

The great importance in nursing professional development is in working with experienced nurses to whom students are looking up to as their role models. Generally speaking, nurses' attitudes whether intentionally or unintentionally done could have a great impact on a student nurse's professional and productive communication.

In the study given by Lofmark and Wikblad (2001) student nurses described identical attitudes of nurses toward student nurses and identified them as barriers to learning and potential professional growth. As previously stated the goal of this study was to show the importance of professional communication between practicing nurses and nursing student on hospital units. Reflecting back, this study has shown through several examples that professional

communication among nursing staff on hospital units and nursing students need a lot of improvement. In other words, there is an insufficiency of professional communication that unfortunately it could result in improper patient's care.

However, nursing students like any other students in different vocational fields choose nursing profession on their own. Their interest and desire is an enhancement of nursing knowledge in order to be competent in nursing care giving. Through out nursing education students implement own professional growth with good communication skills that sums up in wholeness of their nursing process.

Despite the problems in nursing communication we are witnessing every day that patient's care is given to optimal level.

At last, according to an old proverb "it takes a village to raise the child", it is necessary to continually work on communication in nursing profession. Only that way nursing profession would improve itself. As a result of that, in future we would have complete individuals who take pride and joy in nursing by being part of multidisciplinary team that provide nursing care to people in need. After all, that is the most rewarding part in nursing profession.

Bibliography

ATAK, L., COMACU, R. K., KENNY, R., LABELLE, N., & MILLER, D. Student and staff relationships in a clinical practice model: Impact on learning. *Journal of Nursing Education*, 2000;39(9): 387-392.

BRLAS, S. *Communication psihology*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.

BUDAK, MORO LJ, PAVLEKOVIĆ G, VRCIĆ M. *Basics communication skills*, Manual MF University of Zagreb, Zagreb, 1992.

FERRELL, B. R., DAHLIN, C., CAMPBELL, M. L., PAICE, J. A., MALLOY, P., & VIRANI, R. End-of-life nursing education consortium (ELNEC) training program improving palliative care in critical care. *Critical Care Nursing*. 2007;30:206-212.

S. KALAUZ: *Nursing Ethics*, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.

LOFMARK, A., WIKBLAD, K. Issues and innovations in nursing education: Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: A student perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;3(1):43-50.

WITTENBERG-LYLES, E., GOLDSMITH, J., SANCHEZ-REILLY, S., RAGAN, S. L. Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: Deficiencies in current communication training protocols. *Social Science and Medicine*. 2008;66:2356-2365.

Contact's authors address:

Saša Uljančić, MSc.
Faculty of Health Studies,
University of Rijeka
Viktora Cara Emina 5
51000 Rijeka, Croatia
sasa.medri@gmail.com

ELEKTRONICKÁ VERZE SPECIFICKÉHO DOTAZNÍKU QOL-GRAV ELECTRONIC VERSION OF THE QOL-GRAV SPECIFIC QUESTIONNAIRE

Eva Vachková*, Eva Čermáková**, Veronika Gigalová*

*Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové, Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

**Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové, Oddělení výpočetní techniky

Abstrakt

Cíl: Studie seznamuje s problematikou on-line hodnocením specifické oblasti kvality života, u které elektronická forma dotazníku zatím použita nebyla, a sice kvalitou života žen v těhotenství. Cílem bylo v pilotním šetření ověřit elektronickou verzi specifického dotazníku QOL-GRAV, dále zjistit vliv vybraných demografických proměnných na kvalitu života těhotných žen v elektronické verzi a identifikovat možné problémy související s verzí on-line.

Metody: Jako metodu jsme použili náš specifický dotazník hodnotící kvalitu života v těhotenství QOL-GRAV obsahující 9 položek. Studie se zúčastnilo 51 fyziologicky těhotných žen.

Výsledky: Elektronická verze dotazníku QOL-GRAV má vysokou reliabilitu, koeficient vnitřní konzistence Cronbachova alfa je 0,81. Byly spočítány korelace jednotlivých položek dotazníku QOL-GRAV, interkorelační vztahy se pohybují s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu od 0,53 - 0,076. Dále byl zkoumán vliv demografických proměnných. Statisticky významný vztah byl zjištěn v souvislosti s délkou těhotenství, zaměstnáním, rodinným stavem.

Závěry: Elektronická verze specifického dotazníku QOL-GRAV splňuje předpoklady pro individuální přístup v péči o těhotnou ženu, shromážděvaná data mohou sloužit jako podklad pro výzkumné účely. Dotazník je schopen rychle a jednoduše odhalit problémy, které mohou ovlivnit průběh těhotenství a může pomoci odhalit nejen somatické potíže, ale i problémy v psychosociální oblasti.

Klíčová slova: kvalita života, těhotenství, těhotenská škála kvality života, dotazník QOL-GRAV

Abstract

Aim: This study presents the problems of online assessment of the specific quality of life for which the electronic form of questionnaire has not been used so far, namely the quality of life of women during pregnancy. The aim was a pilot investigation to verify the electronic version of the specific questionnaire QOL-GRAV, furthermore to determine in the electronic version the effect of selected demographic variables on the quality of life of pregnant women and to identify possible problems associated with the version online.

Methods: As a method for assessment the quality of life in pregnancy we used our specific questionnaire QOL-GRAV containing 9 items. In the study, 51 women with physiological pregnancy were involved.

Results: The electronic version of the QOL-GRAV questionnaire has high reliability, internal consistency coefficient Cronbach's alpha is 0.81. Correlations of individual items of the QOL-GRAV questionnaire were calculated, intercorrelation relations vary with the values of the Pearson correlation coefficient from 0.53 to 0.076. The influence of demographic variables was investigated as well. A statistically significant relationship was found in relation to gestational age, occupation, and marital status.

Conclusions: The electronic version of the specific QOL-GRAV questionnaire meets demands for individual approach to care for the pregnant woman, and the collected data can serve as a basis for research purposes. The questionnaire allows fast and easy detecting problems that can

affect the course of pregnancy, and may help reveal not only somatic problems, but problems in the psychosocial field as well.

Key words: quality of life, pregnancy, scale of quality of life during pregnancy, QOL-GRAV questionnaire

Úvod

Těhotenství představuje pro většinu žen jedno z nejvýznamnějších období v jejím životě, které mění a ovlivňuje její dosavadní životní styl, osobní i profesní život. Změny, které těhotenství nastartuje, pokračují mateřstvím, rodičovstvím, představují dynamický proces koloběhu života. Je zřejmé, že těhotenství má výrazný dopad na kvalitu života, podněcuje řadu změn, a v mnoha případech je i jejich aktivátorem.

Zvláště se jedná o fyziologické změny, které nastávají v průběhu těhotenství, ovlivňují biochemické pochody a anatomii orgánů a systémů ženského těla a mohou tak ztížit předchozí onemocnění nebo jejich symptomy a negativně ovlivnit kvalitu života těhotné ženy. Složitost změn způsobená těhotenstvím není zastoupena jen somatickými proměnami, ale na kvalitě života v prenatálním a postnatálním období ženy se spolupodílí i psychické a sociální proměnné. (Calou et al, 2014, s. 2376).

V odborné literatuře se hovoří např. o nauzei a zvracení, které mají výrazně negativní dopad na kvalitu života těhotných žen, o chronických onemocněních, jakými jsou často diabetes mellitus, gestační diabetes (Dalfrà a kol., 2012).

I zdravé a fyziologicky těhotné ženy prožívají změny, které mohou modifikovat jejich schopnost plnit své obvyklé role a tak ovlivnit celkovou kvalitu života. Těhotenství je obdobím fyzického a emočního stresu, který má významný vliv na subjektivní pohodu těhotné ženy (Ramírez-Vélez, R., 2011, 477).

U hodnocení kvality života v těhotenství stále převažuje použití generických dotazníků, jak dokládá integrační studie autorů Calou a kol.(2014), ve které bylo prokázáno, že od roku 2006 do roku 2013 byly nejpoužívanějšími nástroji WHOQOL-BREF a SF-12. Podobné výsledky byly zachyceny v přehledové studii Mogos a kol. (2013), ve které bylo konstatováno, že chybí hodnotící škály vytvořené speciálně pro použití v období péče o matku a také standardizovaný přístup k rozvoji škál HRQoL. Nejčastěji identifikované specifické nástroje (MGI, MAPP-QoL, NVPQoL) v přehledové studii Mogos a kol. (2013) byly používány v kombinaci s generickými dotazníky (např. SF-36, SF-12, WHOQOL-BREF, EPDS, EQ5D) (Vachková E., Mareš J., Ježek S., 2014, s. 71).

Kvalitu života je možné hodnotit pomocí individualizovaných metod, které představují osobitý pohled na kvalitu života. Těhotné ženy si tak samy mohou definovat vlastní koncept kvality života pomocí spokojenosti a důležitosti významných životních cílů (Vachková, E., Čermáková, E., Mareš, J., 2013, s. 599). Příkladem těchto metod je metoda SEIQL, u níž autorem české verze je Křivohlavý (2001), další je metoda MGI, u které je česká verze ve stadiu překladu a ověřování, autorem originální verze je Symon (2003). Tyto metody ale nejsou příliš vhodné pro rutinní použití, i nám se potvrdilo, že jsou pro respondentky náročné, vyžadují určité mentální a verbální schopnosti.

My jsme (na základě studie pomocí metody ohniskových skupin), která byla publikovaná v roce 2012, vytvořili specifický dotazník QOL-GRAV, který jsme ověřili na souboru 225 těhotných žen. Na základě faktorové analýzy jsme vytvořili unidimenzionální těhotenskou škálu, která obsahuje 9 položek se stabilním vysokým nábojem v jediném faktoru.

Přestože je možné používat k hodnocení kvality života zdravé ženy s fyziologickým těhotenstvím i generické dotazníky (např. WHOQOL-BREF), náš nový specifický dotazník QOL-GRAV umožní efektivněji a citlivěji zachytit míru specifických prožitků v těhotenství.

Vzhledem k jeho snadnému a rychlému vyplnění jsme jej upravili do elektronické podoby a nabídli ho k využití v rámci prenatalní péče.

Cíl

Cílem studie bylo: 1. ověřit elektronickou verzi dotazníku QOL-GRAV, 2. zjistit vliv vybraných demografických proměnných na kvalitu života těhotných žen v elektronické verzi, 3. identifikovat možné problémy související s verzí on-line.

Soubor a metodika

Pro účast ve výzkumu jsme si stanovili kritéria: ženy s fyziologickým těhotenstvím, nutnou podmínkou bylo i on-line objednávání se do prenatalní poradny. Studie se zúčastnilo 51 fyziologicky těhotných žen. Průměrný věk těhotných žen byl 30,1 (SD=6,27). Nejmladší těhotné ženě bylo 20 let a nejstarší těhotné ženě bylo 45 let.

Jako metodu jsme použili specifický dotazník hodnotící kvalitu života v těhotenství QOL-GRAV obsahující 9 položek. Dotazník má uspokojivou vnitřní reliabilitu s koeficientem Cronbachovo α u jednotlivých položek (0,68-0,74), s vysokým korelačním koeficientem ($r=0,62-0,76$) svědčícím pro dlouhodobou stabilitu těhotenské škály kvality života. Jeho kriteriální validita byla prokázána na základě výpočtů korelací se standardizovaným generickým dotazníkem WHOQOL-GRAV, korelace se pohybovaly od 0,44 - 0,69 v souběžných měřeních. Tato hodnota Pearsonova korelačního koeficientu znamená střední závislost a vypovídá o tom, že nový a podstatně kratší dotazník zjišťuje obdobné aspekty kvality života (Vachková E., Mareš J., Ježek S., 2014, s. 75-76).

Těhotné ženy (po přihlášení se na webové stránky gynekologické ordinace MUDr. Ilony Zimmerové) a následně na odkaz Dotazník pro těhotné vyplnily nejprve povinné sociodemografické údaje a následně 9 položek dotazníku QOL-GRAV. Odpovědi se vyznačí na pětistupňové škále tak, že jednotlivé body škály věcně odpovídají školnímu známkování. Čím jsou nižší hodnoty jednotlivých položek, tím vyšší je kvalita života těhotné ženy, což reflektuje i méně potíží souvisejících se specifickými změnami v těhotenství (viz obr. 1)

Statistická analýza dat byla zpracována pomocí programu NCSS 10.

Obr. 1 Zdroj: archiv autorky (2015)

Elektronická verze dotazníku QOL-GRAV
(© originální verze: Vachková, E., Mareš, J., Ježek, S., 2013)

*Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla **spokojená** s některými oblastmi života v **posledních dvou týdnech**.*

	velmi spokojena	spokojena	ani spokojena ani nespokojena	nespokojena	velmi nespokojena
7. Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5
8. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5
9. Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5

Vrátit se ZPĚT

Přejít na další část

Výsledky

Sociodemografické charakteristiky souboru těhotných žen jsou prezentovány v tab. 1.

V našem výzkumném souboru nejvíce těhotných žen, které se zajímaly o svou kvalitu života, procházelo obdobím I. trimestru, mělo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, bylo vdaných a zaměstnaných, své těhotenství plánovalo a bude poprvé rodit.

Tab. 1 Sociodemografické charakteristiky souboru (n=51)

Trimestr	I.	II.	III.	celkem	
N	24	16	11		51
Vzdělání	Základní	Střední	Vyšší	VŠ	
N	4	17	5	25	51
Zaměstnání	Zaměstnaná	Nezaměstnaná	Studující	MD	
N	31	4	5	11	51
Rodinný stav	Svobodná	Vdaná	Rozvedená	Vdova	
N	14	34	2	1	51
Gravidita	Poprvé	Podruhé	Potřetí	Vícekrát	
N	25	16	8	2	51
Parita	Poprvé	Podruhé	Potřetí	Vícekrát	
N	30	16	3	2	51
Plánování těh.	Plánované	Neplánované			
N	41	10			51

V tab. 2 uvádíme popisné statistiky položek elektronické verze dotazníku QOL-GRAV a celkového průměrného skóru. Všechny položky mají průměr, který se blíží hranici 1. kvartilu (variační rozpětí 2-3). Nejlépe byla hodnocena položka 7, která se dotazovala na spokojenost s partnerským vztahem, nejhůře byla hodnocena položka 5, která souvisí s obavami zvládnutí porodu. Podobně hodnocené byly položky 6,4,1 související s omezením fyzické aktivity, s tělesnými obtížemi a obavami o zdárné donošení plodu. V našem souboru většina žen vykazovala výbornou až velmi dobrou kvalitu života v těhotenství, u které převažují pozitivní změny a pocity a vyskytují se jen mírné obtíže, u kterých není nutná konzultace s lékařem či s porodní asistentkou.

Tab. 2 Popisné statistiky položek dotazníku QOL-GRAV

	N	Min.	Max.	M	SD	1. kvartil	3. kvartil
QOL-GRAV1	51	1	5	2,53	1,14	2	3
QOL-GRAV2	51	1	5	2,27	1,08	1	3
QOL-GRAV3	51	1	5	2,29	0,96	2	3
QOL-GRAV4	51	1	5	2,57	1,15	2	3
QOL-GRAV5	51	1	5	2,27	1,16	2	4
QOL-GRAV6	51	1	5	2,59	1,02	2	3
QOL-GRAV7	51	1	5	1,94	0,97	1	2
QOL-GRAV8	51	1	5	2,33	0,79	2	3
QOL-GRAV9	51	1	5	2,23	0,93	2	3
QOL-GRAVcelk.	51	9	45	21,39	5,83	19	24

Dotazník má vysokou reliabilitu, koeficient vnitřní konzistence Cronbachovo alfa je 0,81. Byly spočítány korelace jednotlivých položek dotazníku QOL-GRAV, interkorelační vztahy se pohybují s hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu od 0,53 - 0,076. Co se týká vztahu demografické proměnné věku k souboru jako celku, pak z korelačního koeficientu -0,028 vyplývá, že tyto veličiny spolu nesouvisí.

Proto bylo dále pracováno již jen s parametrem celkem, který byl rozdělen dle jednotlivých demografických proměnných. U dostatečně četných skupin se testovala hypotéza shody mezi skupinami vůči alternativě neshody, že alespoň dvě skupiny se od sebe statisticky významně lišily. Pro dvě skupiny byl použit dvouvýběrový t-test, případně neparametrické Mann-Whitney test, Kolmogorov-Smirnov; pro tři a více skupin byla použita neparametrická Kruskal-Wallisova analýza rozptylu s post hoc Dunnovým testem s Bonferroniho modifikací.

Vliv délky těhotenství na kvalitu života: Statisticky významný rozdíl na celkovou kvalitu života byl zjištěn mezi I. trimestrem a III. trimestrem ($p=0,0299$). Nejvyšší kvalita života byla hodnocena těhotnými ženami v I. trimestru a nejnižší byla ve III. trimestru.

Vliv vzdělání na kvalitu života: V našem výzkumném souboru se nepotvrdil vliv vzdělání na kvalitu života.

Vliv zaměstnání na kvalitu života: Na základě testování neparametrickými testy Kruskal-Wallisovy analýzy rozptylu byl zjištěn statisticky významný vliv zaměstnání s tím, že zaměstnané těhotné ženy vykazovaly nejvyšší kvalitu života, nejnižší kvalitu života udávaly těhotné ženy nezaměstnané a studující ($p=0,0382$).

Vliv rodinného stavu na kvalitu života: Byly porovnány pouze těhotné ženy vdané a těhotné ženy svobodné. Pomocí dvouvýběrového t-testu bylo potvrzeno, že vdané ženy mají vyšší kvalitu života než ženy svobodné ($p=0,0326$).

Vliv počtu těhotenství na kvalitu života: V našem výzkumném souboru nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi poprvé těhotnými a rodícími ženami a těhotnými a rodícími ženami podruhé, potřetí a vícekrát.

Vliv plánování těhotenství na kvalitu života: Stejně jako u gravidity a parity nebyl zachycen statisticky významný rozdíl mezi ženami, které těhotenství plánovaly a těmi, které těhotenství neplánovaly.

Diskuze

Elektronická verze dotazníku QOL-GRAV prokázala velmi dobré psychometrické vlastnosti. Pro respondentky má dotazník několik výhod. Je snadno dostupný, těhotná žena se rozhoduje pro jeho vyplnění na základě dobrovolnosti, a pokud chce, zůstává anonymní jak pro svého lékaře, tak i pro výzkumníka. Těhotná žena po vyplnění dotazníku získá okamžitou zpětnou vazbu, je seznámena s výsledným hodnocením a jeho interpretací. Podle dosaženého celkového skóre, které představuje konkrétní úroveň kvality života v těhotenství, je těhotné ženě, pokud není kvalita života aspoň velmi dobrá, doporučeno obrátit se na svého lékaře, nebo porodní asistentku.

Výsledky naší studie prokázaly, že většina těhotných žen má velmi dobrou kvalitu života. Podobné výsledky vykázala i studie autorek Balíková, Bužgová (2014), které v pilotním výzkumu zjišťovaly kvalitu života těhotných s nauzeou a zvracením. Většina těhotných žen jejich výzkumu udávala nadprůměrnou až průměrnou kvalitu života. Položka, která se dotazovala na to, do jaké míry mají těhotné ženy pocit, že jim tělesné změny související s tímto těhotenstvím, mezi něž patří i nauzea a zvracení, neumožní dělat to, co potřebují, byla hodnocena průměrným skórem 2,529, což odpovídá slovnímu hodnocení trochu.

Opět bylo prokázáno, že se kvalita života v průběhu těhotenství mění. Podobně, jako v našem předchozím výzkumu z roku 2014 (Vachková, Mareš, Ježek, 2014) byla nejnižší kvalita života

ve III. trimestru a signifikantní rozdíly byly zachyceny mezi I. a III. trimestrem a na hranici statistické významnosti mezi II. a III. trimestrem. V našem zkoumaném souboru byla nejvyšší kvalita života v I. trimestru, zatím co ve studii Vachková, Mareš, Ježek z roku 2014 těhotné ženy hodnotily nejlépe kvalitu života ve II. trimestru, ale rozdíl mezi I. a II. trimestrem nebyl signifikantní.

Bylo rovněž prokázáno, že je kvalita života v těhotenství ovlivněna některými demografickými proměnnými. Zjistili jsme v případě použití generického dotazníku WHOQOL-BREF (Vachková, 2014), že některé z domén byly ovlivněny věkem, vzděláním, zaměstnáním a rodinným stavem. Pomocí specifického dotazníku jsme zaznamenali vliv zaměstnání na celkovou těhotenskou kvalitu života, podobně nejhůře byla hodnocena kvalita těhotnými, které studovaly, rozdílně ale vyšla kvalita života zaměstnaných a nezaměstnaných. Tentokrát byla kvalita života nejlépe hodnocena zaměstnanými těhotnými ženami. Další významný vliv byl zjištěn v souvislosti s rodinným stavem. V tomto případě se výsledky shodovaly, nejlépe byla hodnocena kvalita života vdanými těhotnými ženami.

Ramírez-Vélez (2011) zkoumal vliv těhotenství na kvalitu života související se zdravím. V průřezové studii, které se zúčastnilo 64 kolumbijských těhotných žen, zjistil statisticky významný vztah mezi všemi doménami dotazníku SF-12, kromě bolesti rodinným stavem. Vyšší kvalitu života uváděly těhotné ženy, které byly vdané, nebo žily v partnerském svazku. Stejně tak se prokázal i statisticky významný vztah mezi socioekonomickým zázemím a doménami SF-12. Čím vyšší byl socioekonomický status, tím lepší byly hodnoty omezení rolí z tělesných důvodů, celkového zdraví, sociálních funkcí, emočního zdraví.

Použití generického dotazníku např. WHOQOL-BREF nemusí doložit vliv specifických změn souvisejících s těhotenstvím. Např. ve studii Yamaguchi, Saganuma a Ohashi (2012) zkoumali vliv těhotenských strií na kvalitu života pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF a specifického dotazníku Skindex-29. Hodnoty skóru WHOQOL-BREF neprokázaly statisticky významný rozdíl mezi těhotnými ženami bez těhotenských strií a s těhotenskými striemi na rozdíl u hodnot, které byly hodnoceny specifickým dotazníkem Skindex-29 a kde signifikantní rozdíl ve kvalitě života prokázán byl.

Zajímavé zjištění ukázala studie autorů Dalfrà a kol. (2012), kteří zkoumali kvalitu života v těhotenství a po porodu u těhotných diabetiček. Výsledky prokázaly lepší kvalitu života včetně omezení rolí z fyzických důvodů u žen jak s gestačním diabetem, tak i u těhotných žen s diabetem 1. typu než tomu bylo u zdravých těhotných žen. Pravděpodobně ženy s chronickým onemocněním jsou zvyklé lépe zvládat zdravotní problémy, jsou zvyklé obracet více svou pozornost k péči o svůj zdravotní stav než zdravé těhotné ženy. Badatelé jako výzkumné metody použili generický dotazník kvality života SF-36, škálu deprese CES-D scale a specifické škály zaměřené na diabetes (diabetes-related stress, diabetes health distress). Můžeme se tedy domnívat, že při použití specifického nástroje, např. dotazníku QOL-GRAV, by výsledky byly ovlivněny nejen gestačním diabetem, diabetem mellitem, ale i těhotenstvím.

Závěr

Elektronická verze specifického dotazníku QOL-GRAV splňuje předpoklady pro individuální přístup v péči o těhotnou ženu. Má přínos jak pro těhotnou ženu, která je ihned informována o své kvalitě života související s těhotenstvím, tak i pro ošetřující zdravotnický personál lékaře gynekology a porodní asistentky. Data mohou sloužit jako podklad pro výzkumné účely. Při zjištění snížené kvality života v těhotenství je těhotné ženě doporučeno kontaktovat svého gynekologa, který na základě konkrétních odpovědí na jednotlivé položky zjistí, ve které oblasti změn je třeba intervenovat. Dotazník je schopen rychle a jednoduše odhalit problémy, které mohou ovlivnit průběh těhotenství a může pomoci odhalit nejen somatické potíže, ale i problémy v psychosociální oblasti. Jsme si vědomi určitých omezení, které jsou spojeny s on-

line přístupem. Zůstává na rozhodnutí samotného lékaře, chce-li vyplnění těhotenského dotazníku ponechat na dobrovolnosti, nebo využije dotazník QOL-GRAV plošně u všech těhotných žen a vyplnění dotazníku bude součástí doporučené prenatální péče.

„Podpořeno programem PRVOUK P37/09“

Zvláštní poděkování patří MUDr. Iloně Zimmerové za spolupráci na elektronické verzi dotazníku QOL-GRAV a její inovativní a individualizovaný přístup k péči o těhotné ženy.

Bibliografické odkazy

BALÍKOVÁ, M., BUŽGOVÁ, R. Quality of women 's life with nauzea and vomiting during pregnancy. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2014;5(1):29-35

CALOU, C.P.G. et al. Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. *Health*, 2014;6:2375-2387.

DALFRÀ, M. G. et al. Quality of life in pregnancy and postpartum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res*. 2012;21:291-298

Dostupné: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.618273>.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 243-248. ISBN 80-7178-774-4.

MOGOS, F. M. et al. A Systematic Review of Quality of Life Measure in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013;8(2):219-250.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R. Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. *Colomb Med*. 2011;42:476-81.

SYMON, A., MC GREAVEY, J., PICKEN C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;110(9):865–868.

VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 2012;16(3):286-297.

VACHKOVÁ, E., ČERMÁKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období mateřství pomocí metody SEIQOL. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013;4(2):595-599.

VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J., JEŽEK, S. Kvalita života žen: psychometrické vlastnosti nového specifického dotazníku. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2014;4(2):71-77.

VACHKOVÁ, E. *Kvalita života žen v období těhotenství*. Disertační práce, 2014. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

YAMAGUCHI, K., SUGANUMA, N., OHASHI, K. Quality of Life evaluation in Japanese pregnant women with striae gravidarum: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*. 2012;5:450 Dostupné: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/450>.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Ústav sociálního lékařství

Lékařská fakulta

Univerzita Karlova Hradec Králové

Šimkova 870

500 38 Hradec Králové

VachkovaE@lfhk.cuni.cz

VYBRANÉ ASPEKTY ŽIVOTA OSOB SE STOMIÍ (E-POSTER) SELECTED ASPECTS OF LIFE IN PEOPLE WITH A STOMA

Renáta Váverková, Monika Niemiecová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Abstrakt:

Úvod: Incidence kolorektálního karcinomu řadí Českou republiku na vyšší pozice napříč evropskou i celosvětovou populací. Možné problémy související s trvalou stomií mohou ovlivnit v různé míře nejen samotného jedince, ale i jeho příbuzné či přátele.

Cíl: Předložit dohledané poznatky o problematice vybraných aspektů života osob s trvalou stomií střeva v oblasti fyzických omezení, psychosociálních reakcí, připravenosti na péči, edukace a selfmanagementu péče o stomii.

Metodika: Rešeršní strategie byla provedena za účelem identifikace studií ve vytyčeném cíli. Klíčová slova v českém a anglickém jazyce byla: kolorektální karcinom, trvalá stomie, adaptace, sebestarání, self-management péče, edukace, fyzické omezení, psychosociální přizpůsobení; colorectal cancer, permanent stoma, adaptation, self-care, self-management of care, education, physical limitation, psychosocial adjustment. Pro vyhledání byl zvolen český, slovenský a anglický jazyk. Časovým obdobím byly roky 2006-2015. Dohledané informace byly rozčleněny dle relevantnosti a stanovených kritérií. Vyřazujícími kritérii byly duplicitní články, kvalifikační práce a články nesplňující vyhledávací kritéria.

Závěr: Vhodně vedenou edukací lze zvýšit úroveň znalostí v oblasti péče o stomii. Je vhodné zahájit edukaci v předoperačním období. Edukace by měla vést stomická sestra. K účasti mohou být pozváni příbuzní, pečující osoby nebo dobrovolníci. Možnou alternativou pooperační edukace jsou telefonické intervence.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, trvalá stomie, edukace, sebestarání, self-management

Abstract

Introduction: The incidence of colorectal cancer ranks the Czech Republic to higher positions across European and global populations. Potential problems associated with permanent stoma may affect in varying degrees not only of the individual but also his relatives or friends.

Aim: To submit information about selected aspects of life in persons with a permanent stoma of intestine. The choose aspects are: physical limitations, psychosocial responses, preparedness to care, education and self-management of care about stoma.

Method: The search strategy was performed to identify studies in determined aim. The keywords were: colorectal cancer, permanent stoma, adaptation, self-care, self-management of care, education, physical limitation, psychosocial adjustment. To find was selected Czech, Slovak and English. Time period were the years 2006-2015. Found information were separated according to relevance and set criteria. Excluding criteria were duplicate articles, theses and articles off topica.

Conclusion: Properly guided the education can increase knowledge in the field of stoma care. It is desirable to initiate education in the preoperative period. Education should manage by stoma nurse. To participate can be invite relatives, caregivers and volunteers. A possible alternative to postoperative education is telephone "follow up".

Key words: colorectal cancer, permanent stoma, education, selfcare, self-management

Kontaktní adresa autora:

Mgr. Renáta Váverková

ÚO FZV UPOL

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

renata.vaverkova@upol.cz

REASONS FOR CHOICE AMONG THE PROFESSION NURSING STUDENTS (E-POSTER)

Kazimiera Zdziebło*, Renata Stępień***, Małgorzata Ziomek***

**Jan Kochanowski University in Kielce, Faculty of Medicine and Health Sciences, Poland*

***Polish Nurses Association – Branch in Kielce, Poland*

Abstract

Introduction: The nursing is being ranked among professions of the public confidence. The highest good a health is which and the life of the second man are entrusting themselves to him. The society wants to see the professional prepared for performing his professional role in given field, as well as the person in the nurse about the impeccable morality. The profession of the nurse requires predispositions taking the learning and the work up in the field of the nursing determined from persons. On account of high expectations of the society towards persons working as the nurse, motivation pointing candidates for this profession is gaining the great significance. The system change of the training of nurses, distinct reduction of the number of candidates for the profession of the nurse, heavy costs of the education, unsatisfactory working conditions and of pay, wave of protest of nurses, for checking the justification for choice of this direction educations are inducing.

Aim: Characteristics of motives deciding on the selection of an occupation of the nurse at persons taking educating on this direction were a purpose of research.

Material and methods. They conducted research amongst 124 students of two colleges in Kielce: Jan Kochanowski University and the college of Economics, Law and medical sciences. A method of the diagnostic survey was applied, and a questionnaire of the questionnaire form of the own authorship was a tool.

Results: The results were subjected to a statistical analysis.. employment in their profession (27,41% of total surveyed students), compatibility of interests with the type of study (24,19% of surveyed), and predispositions "personality traits" (13.70% of respondents).

Conclusion: A statistical relation between motives for picking studios of a nurse up, but plans of the trip abroad exists. Over half examined which in the future want to work in Poland showed the hospital as the institution of the health care in which they are planning taking up work.

Key words: nurse, studies, choice, motives

Author's contact address:

dr Kazimiera Zdziebło
Institute of Nursing and Midwifery
Faculty of Medicine and Health Sciences
The Jan Kochanowski University in Kielce
Al. IX Wieków Kielc 19
25-317 Kielce
Poland
zdziebło@wp.pl

PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI ŠKÁLY PŘESVĚDČENÍ O PRAXI ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH A ŠKÁLY IMPLEMENTACE EBP (E-POSTER)

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF EVIDENCE-BASED PRACTICE BELIEFS AND IMPLEMENTATION SCALES

Renáta Zeleníková, Darja Jarošová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Úvod: Evidence-Based Practice Beliefs Scale (EBP-B) – Škála přesvědčení o praxi založené na důkazech a Evidence-Based Practice Implementation Scale (EBP-I) – Škála implementace EBP jsou škály hodnotící efekt vzdělávacích kurzů a výuky Praxe založené na důkazech – evidence based practice (EBP).

Cíl: Cílem studie bylo testovat psychometrické vlastnosti českých verzí škál EBP-B a EBP-I.

Metody: Psychometrické vlastnosti české verze škál byly testovány v souboru českých studentů ošetrovatelství (n = 132), kteří ukončili výuku předmětu Praxe založená na důkazech. Položková a faktorová analýza a také Cronbachovo alpha byly vypočítány na hodnocení vnitřní struktury a konzistence škál.

Výsledky: Cronbachovo alpha bylo 0.847 pro Škálu přesvědčení o praxi založené na důkazech (EBP-B) a 0.891 pro Škálu implementace EBP (EBP-I). Položky s nejvyšším hodnocením byly zaměřeny na přesvědčení o pozitivním dopadu EBP. Položky s nejnižším hodnocením byly zaměřeny na těžkosti s implementací EBP.

Závěr: Výsledky psychometrické analýzy českých verzí škál EBP-B a EBP-I jsou konzistentní s výsledky původní studie a naznačují, že české verze škál se mohou stát validními, reliabilními a senzitivními nástroji na měření přesvědčení o hodnotě EBP a schopnosti implementovat EBP, a na měření, do jaké míry je EBP skutečně implementováno. Oba nástroje mohou hodnotit změny v přesvědčení sester o EBP za nějakou dobu a také efektivitu strategií zaměřených na podporu EBP v praxi.

Klíčová slova: EBP, implementace, přesvědčení o EBP, student ošetrovatelství.

Abstract

Introduction: Evidence-Based Practice Beliefs (EBP-B) and Evidence-Based Practice Implementation (EBP-I) Scales are instruments evaluated the effect of EBP courses and educational programs. Czech versions of these instruments were developed and evaluated using a sample population of nursing students.

Aim: The purpose of the study was to test the psychometric properties of the Czech versions of the EBP-B and EBP-I Scales.

Methods: Psychometric properties were evaluated using a sample of nursing students (n = 132) completing EBP courses. Item and factor analyses and Cronbach's alpha were computed to evaluate internal structure and internal consistency.

Results: Cronbach's alpha was 0.847 for EBP Beliefs scale and 0.891 for EBP Implementation scale. Items with high levels of endorsement were focused on beliefs about the positive effect of EBP. Items with low levels of endorsement were focused on difficulties in implementing EBP.

Conclusion: The results of psychometric analysis of the Czech versions of the EBP-B and the EBP-I are consistent with the results of the original study and indicate that the Czech versions have the potential to be valid, reliable and sensitive instruments for measuring an individual's beliefs about the value of EBP and their ability to implement it, and for measuring the extent to which EBP is actually implemented. Both instruments can assess changes in nurses' beliefs

about EBP over time as well as the effectiveness of strategies aimed at promoting the use of evidence in practice.

Key words: EBP, implementation, beliefs about EBP, nursing student.

Kontaktní adresa autora:

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Lékařská fakulta

Ostravská univerzita

Syllabova 19

703 00 Ostrava

renata.zelenikova@osu.cz

NÁZEV: Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech: sborník příspěvků z X. mezinárodního symposia ošetrovatelství

Vydal: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

Editor: PhDr. Radka Bužgová, Ph.D., PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Počet stran: 252

Publikace neprošla jazykovou úpravou. Za jazykovou kulturu zodpovídají autoři příspěvků.

ISBN 978-80-7464-826-7