

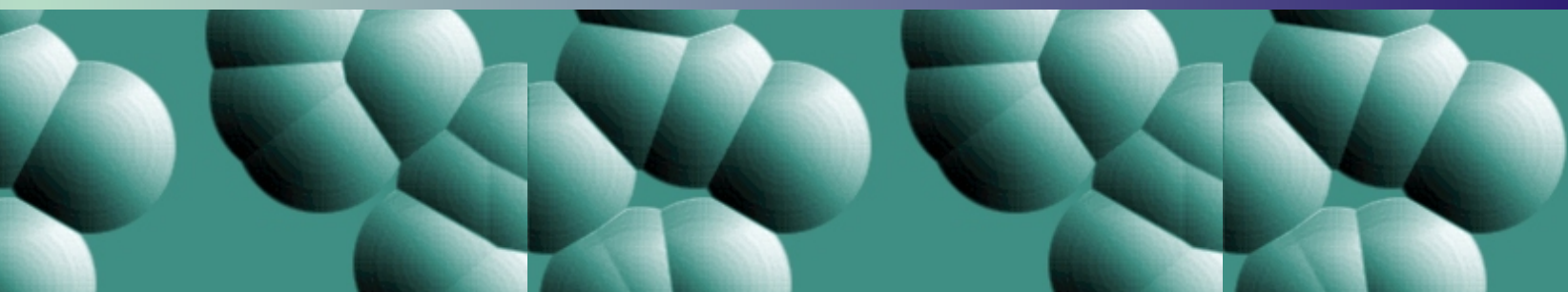
ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

ROČNÍK VII.
2014

ČÍSLO 2



VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS
FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA
KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU



OBSAH

Haluzíková, J.: Ošetrovateľská péče o nemocného s implantabilným defibrilátorem	2
Zrubáková, K., Majzelová, L.: Realizácia paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach	6
Magerčiaková, M.: Compliance pacienta v kontexte edukácie	11
Hudáková, A., Kaščáková, M., Jakubíková, M., Kuriplachová, G.: Možnosti riešenia konfliktov v ošetrovateľskej praxi	16
Hudáková, P., Zajacová, K.: Využitie psychobiografického modelu v geriatrickom a gerontopsychiatrickom ošetrovateľstve	21
Moraučíková, E. : Využívanie niektorých praktík pri vedení normálneho pôrodu	25
Hlinková, S., Lelková, S.: Význam hygieny rúk v prevencii nozokomiálnych infekcií	29
Ležovič, M., Mucska, M., Hološová, Z.: Zdravie 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu	32
Srpoňová, M., Hudáková, Z.: Vplyv včasnej rehabilitácie na samostatnosť pacienta po operácii drierkovej chrbtice	35
Magerčiaková, M.: Rodina ako súčasť sociálnej opory chirurgického pacienta	39
Zrubáková, K., Littva, V.: Projekt GRUNDTVIG 13412 0715 Učiace sa partnerstvá na Fakulte zdravotníctva KU Ružomberok pomáha internacionalizácii a medzinárodnej spolupráci	45



ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

REDAKČNÁ RADA

Šéfredaktor:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.

Členovia:

prof. zw. Dr. hab. n. med. Stanislaw GLUSZEK

prof. UJK Dr. hab. Grażyna NOWAK-STARZ

doc. MUDr. Jozef DOMENIK, PhD., MPH

doc. PhDr. Mgr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.

doc. PhDr. PaedDr. Viera SIMOČKOVÁ, PhD.

doc. Mgr. Katarína ŽIAKOVÁ, PhD., mim. prof.

doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Jaroslav STANČIAK, PhD., MPH.

MUDr. Karol JAVORKA, PhD.

doc. PhDr. Lada CETLOVÁ, PhD.

PhDr. Marcela IŽOVÁ, PhD.

PhDr. Lucia LACKOVÁ, PhD.

RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

Vydavateľ: VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

IČO 37 801 279

Publikované články prešli redakčnou radou a na každý článok boli vypracované dva recenzné posudky.

Redakcia: Edičné stredisko Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: jan.svorad@ku.sk

tel. +421 44 430 43 17, fax: +421 44 430 43 16

Tlač: Vydavateľstvo M. Vaška Prešov, <http://www.vmv.sk>

ISSN 1337-723X

Evidenčné číslo: EV 2963/09

Vychádza 2x ročne

© Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
február 2015

Ošetrovatelská péče o nemocného s implantabilním defibrilátorem

Jana Haluzíková

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství

Souhrn

Autorka v přehledovém článku seznamuje s problematikou ošetrovatelské péče o nemocné s implantabilním defibrilátorem (ICD). Nemocný je ohrožen komplikacemi nejen v průběhu operačního výkonu, ale i v období pooperační péče. Významnou roli hraje edukace nemocného a rodinných příslušníků.

Klíčová slova: Kardioverter-defibrilátor. Předoperační příprava. Intraoperační péče. Pooperační péče. Edukace.

Summary

In this overview article, the author discusses nursing care of patients with implantable cardioverter-defibrillators (ICD's). The patients face risk of complications not only intraoperatively, but also in the post-operative period. Education of the patient and their family by nurses plays an important role.

Key words: Cardioverter-defibrillator. Pre-operative procedures. Post-operative care. Education.

Úvod

Rozvoj celé medicíny v posledních dvaceti letech přinesl do oblasti intenzivní péče celou řadu nových léčebných postupů a výrazně ovlivnil prognózu nemocných.

Před vynálezem implantabilního kardioverter-defibrilátoru (ICD) mohl lékař předepisovat antiarytmika, která nebyla u všech nemocných úspěšná, a pacienti umírali na fibrilaci komor. Jedinou možností byl zevní elektrický výboj. Komorové arytmie jsou nepředvídatelné a zachraňující osoba může provést defibrilaci přenosným defibrilátorem. Díky technickému pokroku je možnost implantace ICD, který je vždy připraven a zvyšuje tak bezpečnost nemocného. Výboj je vyslán zevnitř a k výboji je potřebná desetinová energie oproti zevnímu defibrilátoru.

V České republice každoročně narůstá počet implantací přístroje ICD. V současné době existuje 15 akreditovaných center, jež se touto léčbou zabývají. Přesto, že se jedná o velmi nákladnou péči (jeden ICD systém stojí okolo 800 tisíc až 1 milionu Kč), podařilo se díky spolupráci se zdravotními pojišťovnami zajistit, že ICD je naimplantován každému pacientovi, který splňuje indikační kritéria.

Ošetrovatelství má nezastupitelné místo v péči o zdraví člověka. K charakteristickým znakům pokrokového ošetrovatelství patří individualizovaná péče, která je založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb nemocného člověka. Aby sestra mohla poskytnout co nejlepší komplexní péči nemocným, je potřebné, aby měla dobré znalosti o uvedených technikách a příslušné dovednosti.

1.1 Předoperační příprava

Implantace ICD se provádí ve specializačním centru. Součástí přípravy je příprava psychická, tělesná a medikamentózní.

Implantace ICD je plánovaný výkon, kdy pacient přichází do nemocnice většinou v den výkonu nebo den předem. Pacient před výkonem podepíše informovaný souhlas s operačním výkonem.

Před výkonem provedeme celkovou toaletu, mužům oholíme pectorální krajinu. Dále se zavede periferní žilní katétr. Důležité je edukovat nemocného o průběhu výkonu a režimu po implantaci. Ranní léky podává sestra po dohodě s lékařem. Před výkonem nepodáváme tyto léky: perorální antidiabetika, inzulin,

diuretika, betablokátory, Digoxin, Anopyrin. Pokud pacienti užívají Warfarin, vysadí ho po dohodě s lékařem na několik dnů před výkonem. Současně je nutné monitorovat hodnotu INR. Diabetici léčení inzulinem jsou během výkonu pokryti infuzí 10% glukózy s inzulinem. V předoperační přípravě je také zahrnuta profylaxe antibiotiky, první dávka se podává 30 minut před výkonem. Nejčastěji aplikujeme Augmentin 1,2 g intravenózně. Pokud se vyskytuje alergie na toto antibiotikum, lékař naordinuje jiné antibiotikum. Je nutné, aby pacient byl od půlnoci lačný. Důležité ranní léky může zapít pouze malým douškem tekutiny. Těsně před výkonem si pacient odloží svoje oblečení, odejme si hodinky, šperky, vytáhne si zubní náhradu. Důležité je nezapomínat na psychologický přístup, který zmírní pocity strachu a úzkosti z výkonu. (Kapounová, 2007)

1.1.1 Ošetrovatelská péče o nemocného v průběhu výkonu

Operační zákrok se provádí na operačním sále za aseptických podmínek. Sestra podává premedikaci dle ordinace lékaře. Během výkonu aplikujeme nemocnému kyslík nosními brýlemi. Po dezinfekci operačního pole lékař provede lokální anestezii Mesocainem 1%. Během výkonu monitorujeme EKG, SpO₂, TK a bolest. (Kapounová, 2007) Elektrody se zavádějí endovazálně, punkcí podklíčkové žíly nebo preparací cefalické žíly. Zavedení elektrod se uskutečňuje za rentgenové kontroly. (Kapounová, 2007) U pacientů indikovaných k implantaci ICD s biventrikulární stimulací (tj. u pacientů s pokročilým srdečním selháním a s těžkou systolickou dysfunkcí levé komory) je provedena sondáž koronárního sinu, kde je zavedena elektroda umožňující stimulaci levé komory. (Štejfá et al., 2007) Správné umístění elektrod se zkouší měřením stimulačních parametrů (stimulační práh, zkouška bránice). Následně se vytvoří podkožní kapsa, připojí se elektrody k přístroji. Následuje sutura rány po vrstvách, stěr z kapsy na bakteriologické vyšetření, propláchnutí kapsy antibiotiky, vyvedení Redonova drénu (zavádí se minimálně, jen u nemocných při větším krvácení) a operační rána je kryta sterilním krytím. Poté následuje testování přístroje. (Kapounová, 2007)

Lékař pak otestuje celý systém ICD, kdy pacient je v krátkodobé analgezi. Při tomto testu v srdci spustí arytmií. Přístroj rytmus rozezná a aplikuje naprogramovanou léčbu.

1.1.2 Pooperační péče

Po výkonu pacient dodržuje 24 hodin klid na lůžku, horní končetinou na implantované straně může pohybovat do výše lokte. Kontinuálně sestra sleduje základní vitální funkce. Sleduje se operační rána, bolest, sekrece z drénu a za aseptických podmínek se provádí převaz rány zpravidla na druhý den ráno. Redonův drén odstraňujeme druhý až třetí den po operačním zákroku při snížení sekrece pod 10 ml za 24 hodin. Kontrolujeme tělesnou teplotu. Takto ležícímu pacientovi je nutné zajistit komfort při hygieně, vyprazdňování.

Ve většině případů se rána hojí per primam, relativně rychle. U nekomplikovaných nemocných je délka trvání hospitalizace pět až sedm dní po implantaci.

Stehy se extrahují okolo desátého dne. Před propuštěním nemocného otestuje lékař správnou funkci přístroje. Pacienta a funkci defibrilátoru kontrolujeme po třech měsících v kardiologické ambulanci. (Kapounová, 2007)

U pacienta s implantovaným ICD je nutné řešit specifické pozdní komplikace po ICD.

Pacienta edukujeme, jak se má zachovat v případě elektrických šoků. V případě jednoho nebo dvou šoků, kdy výboje byly adekvátní a stav nevyžaduje hospitalizaci, doporučíme časnou kontrolu v centru pro ICD.

Pokud vzniknou vícečetné výboje v krátkém období, doporučíme hospitalizaci a je nutné zkontrolovat funkci ICD.

Arytmická bouře je popisována více než třemi samostatnými atakami komorové tachykardie nebo fibrilace komor během 24 hodin. Vzniká u 5 – 10 % pacientů s ICD a je důležitým alarmem rizika smrti v následujících třech měsících. Je nutná urgentní hospitalizace v ICD centru. Při arytmiické epizodě se zaměříme na odstranění případných vyvolávajících faktorů, lékař navýší antiarytmickou medikaci, v některých případech indikuje radiofrekvenční ablacii. Pro úspěšné zvládnutí arytmiické bouře je důležitá úprava změn vnitřního prostředí (hlavně úprava hypokalémie).

Někdy se vyskytují neadekvátní výboje, které nejsou spouštěny tachyarytmií komorového původu. Těmto výbojům můžeme zabránit přiložením magnetu nad implantované ICD.

Selhání výboje je epizodou, pro kterou je nemocného nezbytné ihned odeslat do ICD centra. Komorové tachyarytmie ukončujeme, pokud je to nutné, zevním defibrilátorem. (Kvasnička, Havlíček, 2010).

Nemocného edukujeme, aby při výskytu následujících komplikací ihned kontaktoval lékaře:

Při vytékání krve nebo jiné tekutiny z operační rány, okolí rány je oteklé, zarudlé, neobvykle teplé, je nutné kontaktovat centrum, kde byl ICD implantován.

V pooperačním období edukujeme o dodržování režimových opatření a užívání předepsané medikace. Nemocný se musí vyvarovat úderů do oblasti implantátu, vyvarovat se extrémních pohybů horní končetiny na straně implantovaného přístroje a nošení těžkých břemen, a také vyvarovat se nošení všeho, co stlačuje oblast kolem implantátu (těsný oděv, pásky, berle aj.)

1.1.3 Edukace pacientů s ICD před propuštěním

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích,

návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. Pojem výchovy a vzdělávání není v současné terminologii jednoznačně vymezen.“ (Juřeníková, 2010, str. 9)

Doporučení po implantaci kardioverter – defibrilátoru:

Pacient je poučen o nutnosti nošení identifikační karty (ve které jsou důležité informace, např. nepřetržitý telefonní kontakt na implantační centrum).

Pacient by neměl po dobu 4 – 6 týdnů zvedat paži, kde má implantován ICD, nad úroveň ramene, měl by se vystříhat hraní golfu, kuželek, plavání, používání vysavače, nezdvíhat těžší předměty nad 5 kg hmotnosti.

V dalším období by pacient neměl pěstovat kontaktní sporty (hrozí náraz na přístroj a jeho poškození).

Řízení motorového vozidla je u soukromých řidičů zakázáno po dobu 3 měsíců, hovoříme o tzv. vyčkávacím období. U profesionálních řidičů je zákaz řízení. V každém případě by měl nemocný prodiskutovat tento problém s lékařem a na základě jeho doporučení se zachovat.

Pokud pacient bude hospitalizován z jiné příčiny, měl by vždy upozornit lékaře nebo sestru, že má ICD.

Edukujeme nemocného, aby si psal poznámky při výskytu obtíží nebo činnosti přístroje. Uvede datum a hodinu. V případě, že se nemocný domnívá, že dostal neadekvátní výboj, tento údaj rovněž zaznamená.

Objeví-li se pocit přicházející arytmie (náhlé bušení srdce, pocit na omdlení), najde si pacient místo, kde si může sednout anebo lehnout. Požádá někoho, aby setrval s ním až do konce srdeční příhody. V případě, že setrvá více než minutu v bezvědomí, nechť doprovázející osoba zavolá první pomoc.

Pokud se nemocný po výboji cítí dobře, není nutná okamžitá lékařská péče. Vyskytne-li se epizoda v noci a pacient se cítí dobře, postačí kontaktovat lékaře až ráno. Při informacích o výboji popíše nemocný, jak se cítil přede výbojem, jak po něm a co dělal v danou chvíli. Informace o výbojích jsou důležité, pomáhají zjistit, zda nastavení ICD je v pořádku.

Pravidelné kontroly

První kontrola následuje za měsíc od propuštění z nemocnice a poté následuje každých 6 měsíců. V průběhu kontroly lékař zjišťuje subjektivní a objektivní příznaky nemocného, stav operační rány. Zkontroluje nastavení ICD a kapacitu baterie. V případě potřeby upraví programování přístroje. Jedná se o výkon, který je bezbolestný, a údaje mezi ICD a programovacím zařízením jsou přenášeny bezdrátově. Pomocí těchto údajů získává lékař informace o aktivitě ICD, výskytu arytmií, aktivitě ICD, tepové frekvenci.

Identifikační karta (průkaz nositele ICD)

Tuto kartu nemocný dostává při propuštění z nemocnice. V kartě jsou uvedeny jméno a příjmení nositele, rodné číslo, telefonní číslo, typ, výrobní číslo a datum implantovaného přístroje a elektrod, razítko implantačního centra a kontaktní telefonní číslo, diagnóza, datum primoimplantace, typ přístroje, nastavené parametry, datum příští kontroly.

Pacient by měl nosit identifikační kartu stále u sebe a prokázat se s ní před jakýmkoliv lékařským zákrokem vč. stomatologického.

Návrat do zaměstnání

Po implantaci ICD se může nemocný vrátit k aktivitám, které nemohl dělat před implantací. ICD sleduje srdeční rytmus, neléčí srdeční chorobu. Nemocní, kteří pracují v blízkosti vysokého napětí, se mohou vrátit do pracovního prostředí až po prošetření pracovního prostředí.

Sportovní aktivity jsou doporučovány a doporučuje se sportovat s další osobou. Je potřeba se vyhýbat sportům jako je např. horolezectví, potápění aj.

Cestování

Po implantaci může lékař doporučit neřídít motorová vozidla prvních šest měsíců po implantaci nebo do prvního výboje. Cestování lodí, vlakem není omezeno, je vhodné lékaře informovat o délce cesty.

1.2 Edukace rodinných příslušníků

V zahraničních studiích je doporučováno rodinným příslušníkům, aby absolvovali školení o kardiopulmonální resuscitaci, který organizuje Červený kříž. V případě přetrvávající zástavy oběhu mohou zahájit neprodleně kardiopulmonální resuscitaci. Mohu se podílet na vedení přesných záznamů o počtu elektrických výbojů z přístroje a o tom, jak která příhoda proběhla (jaké měl pacient před výbojem potíže, zda ztratil(a) vědomí a za jakých okolností, jak dlouho trvalo bezvědomí aj.) Mohou také pomoci vyrovnat se s srdečním onemocněním a s omezením, která přináší např. zákaz řízení motorových vozidel.

1.3 Elektromagnetická interference u nemocných s ICD

Stále aktuálním problémem je u nemocných s ICD elektromagnetická interference. Lékař a sestra musí edukovat nemocné, které přístroje mohou ovlivnit funkci těchto přístrojů vlivy ze zevního prostředí.

ICD jsou náchylné k interferenci z okolního elektromagnetického záření a magnetické energie. Je to z toho důvodu, že přístroje jsou založené na principu polovodičových mikroobvodů a pro komunikaci se užívá elektromagnetických vln. (Doupal, 2010)

Díky technickému pokroku se elektromagnetická interference (EMI) minimalizuje. Vliv EMI na funkci ICD je dlouhodobým problémem a může způsobit klinicky závažné následky. Může dojít k dočasnému falešnému snímání (vydání inadequate inihibice či inadequate terapie) až po trvalé poškození implantovaného přístroje či nekrózu tkáně, která je v kontaktu s hrotem elektrody. Následky mohou být nepředvídatelné. (Doupal, 2010)

EMI se vyskytuje ve 2 formách: vedené (převáděné) a vyzařované. Převáděná forma se může objevit, pokud je zdroj EMI v přímém kontaktu s tělem, např. elektrokauterizace, defibrilace. Vyzařovaná forma se může vyskytnout, když je tělo v elektromagnetickém poli, není nutný přímý kontakt. (Doupal, 2010)

Nemocniční prostředí je bohaté na přístrojové vybavení, např. radiace, elektrokauterizace, vyšetření pomocí MRI aj. Interakce hrozí především zde.

K nejběžnějším zdrojům EMI patří:

1. Mobilní telefony

Přístroj jsou možným zdrojem interference s funkcí ICD. Proběhla řada studií, a bylo prokázáno, že aby mohla být ovlivněna funkce ICD, musela by být vzdálenost mezi ICD a přístrojem menší než 10 cm. (Doupal, 2010) Doporučuje se držet telefon při telefonování na opačné straně, než je umístěn ICD anebo dodržovat vzdálenost minimálně 15 cm. Telefon se nenosí přímo nad implantátem.

2. Bezpečnostní rámy k detekci kovů

Bezpečnostní rámy jsou používány na letištích, v soudních budovách. Závažné ovlivnění funkce prokázáno nebylo. Doporučuje se, aby nemocný nosil stále průkaz nositele ICD a ukázal jej v případě požadovaného průchodu bezpečnostním detekčním rámem a byl prohlédnut osobně. Bezpečnostní zařízení proti krádeži např. v obchodních domech mohou způsobit interferenci a spustit nežádoucí terapii. Doporučuje se rychle přecházet. (Doupal, 2010)

3. Přenosné přehrávače

V současné době se běžně používají přenosné přehrávače médií (MP3 přehrávače, iPod). Studiemi, které byly provedeny, bylo zjištěno, že MP3 přehrávače EMI nezpůsobují. K interferenci docházelo u iPodu umístěného do 5 cm od ICD. Sluchátka mohou vytvářet magnetické pole o intenzitě více jak 10 Gauss (k možnému ovlivnění funkce ICD dochází při poli o síle 5-10 Gauss). V uvedené studii uvádějí, že sluchátka umístěná ve vzdálenosti do 3 cm od povrchu kůže způsobila asynchronní stimulaci u ICD až ve 30 %. (Doupal, 2010)

4. Elektrokauterizace

Elektrokauterizace ovlivňuje funkci ICD a může se objevit falešné snímání, které může způsobit inhibici stimulace nebo falešnou detekci komorových tachyarytmií. Doporučuje se použít magnet, který se umístí nad ICD s dočasnou inhibicí terapie tachyarytmie, nebo vypnutí terapie pomocí programátoru s užitím externí defibrilace. Elektrody pro externí defibrilace se umísťují co nejdále od ICD. Vhodné je užití bipolární kauterizace, krátké přerušované aplikace energie, co nejdále od ICD. (Doupal, 2010)

5. Endoskopické výkony

Studiemi bylo zjištěno, že kauterizace během endoskopických výkonů nemá vliv na funkci ICD. V doporučeních není reprogramace nutná. (Doupal, 2010)

6. Radioterapie

Polovodičové elektronické obvody uvnitř ICD jsou citlivé na ionizující záření. Poškození se může objevit při malých kumulativních dávkách. Přímé ozařování ICD je přísně zakázáno. V případě ozařování jiné oblasti je nutno použít stínění a po ozařování provést kontrolu přístroje v krátkých periodách. Poškození nemusí být ihned patrné. Výměna přístroje se provádí, když je kumulativní dávka na přístroji větší jak 5 Gy.

7. Katéetrová ablace a dálkově řízená magnetická katéetrová navigace a ablace

Při katéetrové ablacii se využívá radiofrekvenční energie, její účinky na ICD jsou obdobné jako účinky elektroauterizace. Riziko EMI se zvyšuje, protože vzdálenost od implantovaného systému bývá mnohem menší. Doporučuje se u katéetrové ablace.

8. Zákaz nukleární magnetické rezonance, diatermie.

V současné době již existují ICD, kde je možná podmíněná NMR.

9. Domácí elektrická zařízení nemající vliv na ICD

Elektrické domácí spotřebiče, rádio, televize, videorekordér, elektrické příkrývky, trouby, mikrovlnné trouby, počítače, faxy, elektrické holicí strojíky, elektrické kartáčky na zuby.

10. Silné elektromagnetické pole

Doporučuje se dodržovat bezpečnou vzdálenost od elektrických zařízení (běžící zátěžové motory (min. 30 cm), obloukové svářečky, velké rádiové a televizní vysílače, amatérské radiostanice, reproduktory (min. 30 cm), elektrické nářadí (min. 30 cm).

1.3.1 GSM

V současné době na trhu dominují moderní ICD přístroje. Výrobci kardiostimulační techniky vyvinuli systém pro dálkový přenos informací z implantabilních přístrojů. Princip přístrojů je u všech systémů obdobný. Přístroj, který je nemocnému implantován, je vybaven možností vysílání dat. Po implantaci je vybaven vysílací jednotkou, která je schopna přijímat data z implantátu (přiložením hlavice patientské jednotky nad oblast implantovaného přístroje nebo bezdrátově pomocí přenosu radiofrekvenčních signálů). (Lipoldová 2009) Patientská jednotka je připojena na telefonní síť nebo je vybavena implementovaným upraveným mobilním telefonem. Patientská jednotka konvertuje získaná data z implantátu do takové formy, aby mohla být poslána přes telefonní síť (audiosignál u pevné linky, SMS, GPRS při použití GSM sítě). Data jsou doručena do servisního střediska, kde jsou dekodována a uložena na bezpečný server. Některé systémy umožňují spárování dat doručených dálkovým monitorováním s nemocničním patientským záznamem. Systémy dálkového monitorování lze rozdělit podle principů a cíle do dvou skupin.

1. Je možná dálková kontrola (remote follow-up), zjištěné parametry se pomocí přístroje přenášejí na dálku.
2. Probíhá kontinuální monitorování, denně se provádí odečet a přenos dat, při závažné události je systém aktivován okamžitě.

Součástí ošetrovatelské péče o nemocného s ICD je předoperační péče, intraoperační péče a pooperační péče. Sestra edukuje nemocného v rámci svých kompetencí o režimových opatřeních po implantaci ICD. Doporučuje se edukovat rodinné příslušníky, nejlépe ty, kteří s ním žijí ve společné domácnosti. Edukace se zaměřuje na oblast elektromagnetické interference. Dále sestra informuje o významu pravidelných kontrol v kardiologické ambulanci a možnosti sledování dálkového přenosu informací z implantabilních přístrojů (GSM).

Závěr

Kvalita života je důležitým aspektem pro každého z nás, především pro pacienty. Jaký vliv má implantace ICD na kvalitu života? Adaptace na život s ICD není jednoduchá, navazuje pocit jistoty a bezpečí. Významnou úlohu sehrává edukace nemocných. Sestry by se měly více zapojit do edukačního procesu v rámci svých kompetencí a vypracovat edukační plán a informační materiál pro nemocné a rodinné příslušníky. Také je vhodné zajistit kontinuální vzdělávání sester v oblasti ošetrovatelské péče o nemocné s ICD.

Bibliografické odkazy:

1. Doupal, V., Táborský, M. Pacient s kardiostimulátorem a implantabilním defibrilátorem-na co je třeba myslet? *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 2. s. 90-92. ISSN 1212-7299.
2. Juřeniková, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
3. Kapounová, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
4. Kvasnička, J., Havlíček, A. *Arytmologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 165 s. ISBN 978-80-7262-678-6.
5. Lipoldová, J. Dálkové monitorování pacientů s kardiostimulátorem a implantabilním defibrilátorem. *Postgraduální medicína*, roč. 11, č. 9, s. 1009-1016. ISSN 1212-4184.
6. Štejf, M. *Kardiologie*. Praha: Grada, 2007. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.

Kontakt:

PhDr. Jana HALUZÍKOVÁ, PhD.
Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetrovatelství
Hauerova 4
746 01 Opava
E-mail: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz

Realizácia paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach

Katarína Zrubáková, Lucia Majzelová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok komplexne spracováva realizáciu paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach. V úvode opisujeme osobitosti paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, intervencie a úlohy sestry, ako aj odporúčané medzinárodné postupy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Jadro príspevku tvorí prezentácia prieskumu, ktorý bol zameraný na zistenie efektívnosti poskytovania paliatívnej starostlivosti v ústavných zariadeniach na území Slovenskej a Českej republiky. Vo výsledkoch prezentujeme hlavné rozdiely v poskytovaní paliatívnej starostlivosti v hospicoch a nemocniciach na území Slovenskej a Českej republiky.

Kľúčové slová: Paliatívna a hospicová starostlivosť. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť. Ústavné zariadenie.

Summary

This contribution complex elaborates realization palliative nursing care in institutional facilities. In the introduction we describe specifics of the palliative nursing care, interventions and tasks of nurses, as well as the Clinical practice guidelines for palliative and hospice care. The main part of this contribution includes research result on the finding out of the efficiency of the palliative nurse care providing in Slovakia and Czech Republic. In the results we presented the main difference in the providing of the palliative nursing care in Slovakia and in Czech Republic.

Key words: Palliative and hospice care. Palliative nursing care. Institutional facility.

Úvod

Paliatívna starostlivosť je aktívna starostlivosť poskytovaná pacientovi, ktorý trpí nevyliciteľnou chorobou v pokročilom alebo konečnom štádiu (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, 2012). Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a umieranie vníma ako normálny, prirodzený proces, cieľom nie je smrť oddialiť, ale ani priblížiť. V starostlivosti o chorého zjednocuje psychologické a spirituálne metódy, prejavuje podporu pomôcť pacientom žiť, čo najaktívnejšie, ak to bude možné. Snaží sa pomôcť rodine zmieriť sa s chorobou príbuzného a taktiež so svojim vlastným smútkom či strachom, ako aj zlepšiť kvalitu života pacienta a taktiež môže svojou starostlivosťou ovplyvniť priebeh choroby (Križanová, 2008).

Paliatívna starostlivosť sa rozdeľuje na všeobecnú a špecializovanú, z časového hľadiska na prae finem (pred koncom života pacienta), in finem (starostlivosť o zomierajúceho, krátky úsek terminálnej starostlivosti) a post finem (po smrti pacienta, starostlivosť o pozostalých). Podľa miesta poskytovania na ambulantnú, ústavnú a domácu starostlivosť. Ambulantná starostlivosť zahŕňa mobilné hospice, ambulancie paliatívnej starostlivosti, stacionárne paliatívnej starostlivosti. Ústavnú starostlivosť tvoria hospice, oddelenia paliatívnej starostlivosti, jednotky paliatívnej medicíny (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína). Domáca starostlivosť je realizovaná v domácom prostredí prostredníctvom mobilného hospicu. Na všetkých miestach a pri všetkých formách starostlivosti zohráva dôležitú úlohu multidisciplinárny tím zdravotníckych a nezdravotníckych pracovníkov. Multidisciplinárny tím sa skladá z lekárov rôznych špecializácií, sestier, sociálneho pracovníka, fyzioterapeuta, psychológa, psychiatra, duchovného, nezdravotníckych pracovníkov a ďalších pracovníkov podľa potreby. Do tímu môžu patriť aj členovia rodiny, priatelia a dobrovoľníci (Vorlíček et al., 2006). K najdôležitejším členom tímu patria **sestry**. Nakoľko sestry sa starajú o pacientov pri realizácii základnej aj špecializovanej starostlivosti a na všetkých miestach poskytovania starostlivosti. Aké sú špecifiká ošetrovateľských intervencií predovšetkým v ústavnej starostlivosti prezentujeme v nasledujúcom príspevku.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou alebo nemocničným tímom paliatívnej starostlivosti zameraná na manažment a uspokojenie potrieb pacienta s nevyliciteľným ochorením, zomierajúceho a jeho rodiny (Magurová et al., 2007).

Sesterské odborné a špecializované činnosti sú zamerané na podporu fyzického pohodlia a psychického uspokojenia pacienta v jeho konečnej etape života (Krišková, 2006).

Cieľom starostlivosti je zmierňovať bolesť a ďalšie nepríjemné príznaky, ako aj integrovanie fyzických, psychických a duševných aspektov starostlivosti o chorého. Pacienta podporovať tak, aby žil čo najaktívnejšie v rámci svojich možností až do chvíle smrti. Jeho rodine pomáhať vyrovnávať sa s danou situáciou (Loitman, 2010).

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sa rozdeľuje na základnú a intenzívnu (Žiaková, 2009, Krišková, 2006). Základná ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na uspokojovanie potrieb a zmierňovanie sprevádzajúcich syndrémov súvisiacich s ochorením alebo jeho liečbou. Súčasťou intenzívnej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je zvládnutie sprevádzajúcich symptómov, manažment bolesti, zvládnutie akútneho stavu, kontrola, monitoring vitálnych funkcií, ale aj starostlivosť o psychickú pohodu a duchovné potreby, starostlivosť o blízkych a pozostalých.

Podľa miesta poskytovania sa paliatívna ošetrovateľská starostlivosť rozdeľuje na domácu a ústavnú (Nemcová, 2013).

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v ústavných zariadeniach

Ošetrovateľská starostlivosť sa môže realizovať na štandardnej ošetrovateľskej jednotke, na jednotke intenzívnej starostlivosti, ale predovšetkým na paliatívnom oddelení a v hospicoch. Súčasťou ústavnej starostlivosti je aj respitná starostlivosť.

Sestra pri starostlivosti o nevyliciteľne chorého pacienta rešpektuje jeho individualitu, osobnosť, zisťuje orientáciu v priestore, čase, príznaky zmeny myslenia. Zameriava sa na prejavy úzkosti a strachu pacienta a následne na zodpovedajúce ošetrovateľské postupy. Všíma si somatické prejavy- stav zreníc, zrýchlenie pulzu, búšenie srdca, chvenie, bledá farba líc a tváre, vysychanie ústnej sliznice, návaly potenia, nechutenstvo, riedku stolicu. Zhodnocuje náladu pacienta (Porubčanová, Dobříková, 2005). Odborne, z ošetrovateľského hľadiska, plánuje a rieši potrebu pacienta rozprávať o smrti. Plánuje, iniciuje a koordinuje zapojenie rodiny pacienta a jeho blízkych do ošetrovania (Slamková, Poledníková, 2013). Stanoví v spolupráci s rodinou úroveň ich zapojenia do starostlivosti. Pôsobí na rodinu pacienta v snahe pomôcť im zmieriť sa s blízkou smrťou ich príbuzného. Predchádza emocionálnej a fyzickej vyčerpanosti, aby boli schopní riešiť situácie denného života. Posudzuje a zhodnocuje etapy smútku. Plánuje sledovanie bolesti a ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s bolesťou. Manažuje zabezpečenie pohodlia pacienta, rešpektuje želania pacienta. Zabezpečuje trvalú pomoc pacientovi. Stará sa o duchovné potreby pacienta, umožňuje zotrvanie rodiny pri posteli zomierajúceho (Becker, 2009).

Podľa guidelineu pre sestry v paliatívnej starostlivosti sa ošetrovateľská starostlivosť zameriava na:

1. Starostlivosť o pacienta a rodinu.
2. Manažment bolesti.
3. Manažment ostatných symptómov.
4. Plánovanie konca života / manažment umierania a smrti.
5. Podpora pri strate, zármutku a truchlení.
6. Interdisciplinárne / kolaboratívne praktiky.
7. Edukáciu.
8. Profesionálne záležitosti (etika, profesionálny rast, právne záležitosti, starostlivosť o seba, výskum, advokácia, kontinuálne zlepšovanie kvality) (A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice, 2013).

Môže sa zameriavať aj na: fyzické/telesné, psychologické a psychiatrické, sociálne, spirituálne, religiózne a existenciálne, kultúrne, etické a právne aspekty starostlivosti, starostlivosť o bezprostredne zomierajúceho pacienta (Clinical practice guidelines for quality palliative care, 2009).

Realizácia paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je dôležitou súčasťou liečby nevyliciteľne chorých. Ako je realizovaná v jednotlivých ústavných zariadeniach sme zisťovali dotazníkovým prieskumom.

Hlavný problém

Na akej úrovni je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť v ústavných zariadeniach?

Čiastkové problémy

1. Uspokojujú sestry všetky potreby pacienta?
2. Aké sú hlavné nedostatky v liečbe a starostlivosti o terminálne chorých?
3. Sú rozdiely v poskytovaní paliatívnej starostlivosti medzi Slovenskou - Českou republikou?
4. Sú rozdiely v poskytovaní paliatívnej starostlivosti medzi nemocnicou a hospicom?

Ciele

1. Zistiť úroveň poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach.
2. Zistiť rozdiel medzi úrovňou poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach na území Slovenskej a Českej republiky.
3. Zistiť rozdiel medzi úrovňou poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v nemocnici a v hospici.

Metóda prieskumu

Prieskum sme realizovali metódou dotazníka. Dotazník obsahoval 26 otázok - 6 kategorizačných položiek a 20 otázok zameraných na paliatívnu starostlivosť v ústavných zariadeniach.

Prieskumný súbor

Súbor tvorilo 100 sestier pracujúcich v ústavných zariadeniach na území Slovenskej (SR) a Českej republiky (ČR). Z toho 44 (44 %) sestier pracujúcich v Českej republike, kde dotazník vyplnilo 20 sestier pracujúcich v Liečebni dlhodobu nemocných v Prostějove a 24 sestier na Onkologickej klinike FN Olomouc. Na území Slovenskej republiky dotazník vyplnilo 56 (56 %) sestier, z toho 13 sestier pracujúcich v LDCH Žilina, 20 sestier na Onkológii v Žiline, 8 sestier na Klinickej onkológii v Bratislave, 15 sestier pracujúcich v hospici. Vekové rozmedzie sestier bolo od 21 do 59 rokov. Rozpätie počtu rokov praxe bolo od 0 rokov do 41 rokov. Z celkového počtu sestier má ukončené vysokoškolské štúdium 28 sestier, zvyšok sestier má ukončenú SZŠ + VOV. Z Českej republiky z počtu 44 sestier ukončilo vysokoškolské štúdium 8 sestier.

Priebeh a realizácia prieskumu

Prieskum bol realizovaný v priebehu mesiacov november, december, 2012 a január 2013. Dotazníky sme administrovali poštou alebo osobne.

Výsledky prieskumu

Kontrolujete častejšie u nevyliciteľne chorých symptómy ochorenia napr. monitoring bolesti, zvracania, únavy, slabosti a iných symptómov?

Tabuľka 1 Kontrola symptómov

Možnosti	ČR	SR	Hospic	Percento %
áno	35	39	15	89
nie	8	1	0	9
nestíham to	1	1	0	2
nie je to dôležité	0	0	0	0
iné	0	0	0	0
spolu	44	41	15	100

Z tabuľky 1 vyplýva, že sestry v SR aj ČR kontrolujú symptómy ochorenia. Dokonca sestry v SR takmer 100 %, len dve sestry uviedli alternatívu nie a nestíham to.

Dokážete hovoriť s nevyliciteľne chorým o jeho psychických, sociálnych alebo iných problémoch?

Na otázku sestry mohli odpovedať na tri alternatívy a) áno, b) nie, c) neviem. 38 sestier z ČR a 55 sestier zo SR uviedlo prvú alternatívu. Rovnako aj sestry z hospicu. 1 sestra z ČR uviedla alternatívu nie. 6 sestier (5 z ČR a 1 zo SR) uviedlo alternatívu c- neviem.

O ktorých témach s pacientom neviete hovoriť?**Tabuľka 2** Rozhovor o problematických témach

Možnosti	ČR	SR	Hospic	Percento %
O rodinných vzťahoch	3	6	2	11
O sexuálnych problémoch	12	14	4	30
O pacientovej chorobe	4	2	1	7
O smrti	21	12	2	35
O vyšetreniach	3	1	1	5
Iné	1	6	5	12
Spolu	44	41	15	100

Sestry najčastejšie majú problém rozprávať sa o smrti - uviedlo 21 sestier z ČR a 12 zo SR, na druhom mieste o jeho sexuálnych problémoch - 12 sestier z ČR a 14 sestier zo SR.

V možnosti iné, sestry uviedli, že *nemajú problém sa porozprávať s pacientom o akýchkoľvek problémoch. Komunikácia s pacientom je veľmi individuálna, nedajú sa presne určiť témy rozhovorov, nakoľko záleží od situácie, témy rozhovoru, pacientových otázok, povahy pacienta, celkovej psychickej a fyzickej rovnováhy. Snažia sa rozpoznať u pacienta všetky jeho problémy, ale na druhej strane je aj na samom pacientovi, či sám o tom chce hovoriť.*

Ako najčastejšie riešite „chúlostivé otázky“ zomierajúceho?

Pri položke mohli sestry zakrúžkovať možnosti: a) metódou mlčania, b) metódou klamania, c) rýchlo zahovorím na inú tému, d) iné.

Sestry najčastejšie uviedli tretiu možnosť v počte 50 (27 z ČR, 23 zo SR). Sestry z hospicu, v počte 13, uviedli možnosť iné. Pričom napísali: *že všetko záleží od okolností a témy rozhovoru, primerane odpovedajú, podľa pacientových schopností, starostlivo vysvetľujú. Využívajú empatický postoj primerane k jeho psychickému a fyzickému stavu. Snažia sa komunikovať a vytvoriť atmosféru porozumenia, nájsť si čas na rozhovor v pokoji, bez rušenia. Usilujú sa vždy nájsť vhodnú odpoveď, aby pacientovi neublížili pravdou.*

Aká je Vaša predstava o kvalitnom poskytovaní paliatívnej starostlivosti?

Na otvorenú položku sestry z ČR uvádzali, že je *potrebné vytvoriť príjemné prostredie, mať k dispozícii kvalitný personál, dostatok zariadení, ktoré poskytujú paliatívnu starostlivosť. Zvýšiť odbornú spôsobilosť personálu, zabezpečiť dostatok prostriedkov, zaistiť komfort pre pacienta na vysokej úrovni, aby pacientovi bola venovaná maximálna starostlivosť so všetkou úctou k jeho zdravotnému stavu. Zmierňovať bolesť na čo najzniesiteľnejšie hranice, realizovať komplexnú starostlivosť a psychickú podporu pacientovi. Mať dostatok času pri uspokojovaní bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb. Odstrániť neprijemné symptómy, bolesť, strach, zabezpečiť individuálny prístup k pacientovi, zaistiť dostatok súkromia, informácií a trpezlivosti.*

Sestry zo SR uviedli, že je potrebné: *poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na uspokojovanie bio-psycho-sociálnych potrieb, starostlivosť v spolupráci s rodinou. Malo by sa zmierňovať utrpenie, bolesť a*

príznaky ochorenia 24 hodín denne, poskytnúť psychologickú a duševnú pomoc. Vždy byť na blízku pri pacientovi, ak by niečo potreboval, vedieť mu pomôcť aj v posledných chvíľach života. Poskytnúť pacientovi všetko, čo potrebuje napr. trpezlivosť, súcit, láskavosť, pochopenie, pohladenie, empatiu.

Sestry z hospicu uviedli: *aby pacient mohol dôstojne umrieť, nemal bolesti a zbytočne sa nepredlžovalo utrpenie. Poskytovať individuálnu starostlivosť, riešiť prioritné problémy pacienta, aby nikdy nebol sám, zabezpečiť mu buď príbuzného či dobrovoľníkov. Zabezpečiť vhodne upravené prostredie, kvalifikovaný a motivovaný personál.*

Využívate v praxi diagnostikovanie fáz umierania podľa Kübler- Rossovej?

Položka bola dichotomická, sestry si volili z alternatív- áno, nie. Všetky sestry z hospicu uviedli možnosť áno. Podobne aj 35 sestier zo SR. U sestier z ČR áno uviedlo len 13 sestier, až 31 uviedlo negatívnu odpoveď.

Myslíte si, že je rozdiel v poskytovaní paliatívnej starostlivosti v nemocnici a v hospici?

Sestry si pri tejto položke vyberali z troch alternatív: a) áno, b) nie, c) neviem posúdiť. Pri vyhodnotení 26 sestier z ČR a 31 sestier zo SR uviedlo prvú alternatívu, rovnako aj 14 sestier pracujúcich v hospici. Druhá najčastejšia odpoveď bola neviem posúdiť, tú zakrúžkovalo 14 sestier z ČR, 10 sestier zo SR.

Uplatňuje sa tímový prístup v starostlivosti o nevyliciteľne chorého na Vašom oddelení?

Na položku mohli opäť odpovedať prostredníctvom štyroch možností: a) áno, b) neviem, c) nie, d) iné. Najčastejšou odpoveďou bolo áno - uviedlo 37 sestier z ČR, 40 sestier zo SR a 14 z hospicu.

Využívate škály pri posudzovaní bolesti, dekubitov...?**Tabuľka 3** Využívanie škál pri posudzovaní pacienta

Možnosť	ČR	SR	Hospic	Percento %
áno	27	38	12	77
nie	4	1	0	5
niekedy	13	2	3	18
spolu	44	41	15	100

Pri vyhodnotení položky sme získali pomerne pozitívne odpovede, väčšina sestier uviedla možnosť áno- 27 sestier z ČR, 38 zo SR a 12 z hospicu. Možnosť niekedy uviedlo 18 sestier.

Myslíte si, že paliatívna starostlivosť poskytovaná v ústavnom zariadení je dostatočne efektívna/plnohodnotná?

Na otázku 40 sestier uviedlo odpoveď áno (13 z ČR, 23 zo SR a 4 z Hospicu), rovnako 40 sestier uviedlo odpoveď nie. Zvyšok boli odpovede neviem.

Ktoré z potrieb uspokojujete na Vašom oddelení najčastejšie?**Tabuľka 4** Poradie v uspokojovaní potrieb

Potreby	ČR	SR	Hospic
biologické	1. miesto	1. miesto	1. miesto
psychické	2. miesto	2. miesto	3. miesto
sociálne	4. miesto	4. miesto	4. miesto
spirituálne	3. miesto	3. miesto	2. miesto

Sestry mali určiť poradie uspokojovania potrieb, všetky sa zhodli, že najvyššiu prioritu majú biologické potreby, sestry z ČR a SR uviedli na druhom mieste uspokojovanie psychických potrieb, sestry z hospicu uspokojovanie spirituálnych potrieb.

Ktoré najčastejšie výkony realizujete pri starostlivosti o nevyliciteľne chorého?

Otázka bola otvorená a sestry uvádzali tieto odpovede.

Sestry z ČR: *tlmenie bolesti, podávanie analgetík, polohovanie, celková hygiena, kŕmenie, sedácia pacienta, komunikácia, rozhovor, sledovanie fyziologických funkcií, psychická podpora, zabezpečenie prítomnosti rodiny, prevencia a ošetrovanie dekubitov/ zaparenín, odber krvi a moču na vyšetrenia, infúzna terapia, podávanie liekov, hydratácia, uspokojovanie bio-psycho- sociálnych potrieb, tlmenie symptómov pacienta.*

Sestry zo SR: *pomoc pri sebaobslužných činnostiach a prevencia dekubitov, polohovanie, hygienická starostlivosť, ošetrovateľská starostlivosť, komunikácia s pacientom, ale aj s rodinou, pomoc pri všetkých denných úkonoch, zmiernenie bolesti, celková starostlivosť o bezvládneho pacienta, podávanie analgetík, starostlivosť o stravovanie, tlmenie symptómov ochorenia.*

Sestry pracujúce v hospicioch najčastejšie vykonávajú: *ošetrovanie dekubitov, infúznu liečbu, tlmenie bolesti, starostlivosť o pokožku tela, ošetrovanie ústnej dutiny, odbery biologického materiálu, ošetrovateľskú hygienu, ošetrovanie stómii, odsávanie pacienta, starostlivosť o PEG, starostlivosť o telo aj o mŕtve telo, aplikáciu liekov per os, s.c., i.m., i.v., starostlivosť o permanentný močový katéter, zisťovanie potrieb pacienta a ich následné uspokojovanie, podpornú terapia, sprevádzanie pacienta v rámci jednotlivých fáz umierania, spirituálnu starostlivosť, sociálnu starostlivosť o rodinu a pacienta.*

Diskusia

Starostlivosť o nevyliciteľne chorých je najčastejšie realizovaná v ústavných zariadeniach. Jej kvalita závisí od typu zdravotníckeho zariadenia, jeho vybavenia, koordinácie a profesionality interdisciplinárneho tímu. Ako má byť realizovaná a ako je realizovaná v konkrétnych zdravotníckych zariadeniach sme prezentovali v príspevku. Zároveň sme získali odpovede na definované ciele. Prvým cieľom bolo zistiť úroveň poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach.

Ústavné zariadenia umožňujú poskytovať základnú aj intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť, nakoľkosú nato primerane vybavené materiálne aj personálne. Typ starostlivosti závisí od ochorenia, ktoré viedlo k terminálnemu štádiu. Najčastejšie ide o onkologické, neurodegeneratívne, demyelinizačné, kardio - respiračné ochorenia, neuromuskulárnu dystrofiu, chronickú renálnu insuficienciu, perzistentný vegetatívny stav a terminálne štádia Alzheimerovej choroby (O'Connor, Aranda, 2005). Sesterské intervencie sú preto zamerané na zmiernenie sprevádzajúcich príznakov a symptómov týchto ochorení - predovšetkým tlmenie bolesti, ošetrovanie dekubitov, zmiernenie nauzei, nechutenstva, zníženie telesnej teploty, dýchavice a pod. (Marková, 2010, Porubčanová, Dobříková, 2005). Súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je aj identifikácia a uspokojovanie potrieb (Hardy, King, Rodriguez, 2014). Pri

liečbe pacienta sa za najdôležitejšie pokladajú biologické potreby, ale v terminálnom štádiu je dôležité uspokojovanie psychických a spirituálnych potrieb (Šamánková, 2011, Andrášiová, 2008). Pri vyhodnocovaní nášho prieskumu sme zistili, že sestry realizujú rovnaké intervencie, ako popisuje literatúra, pri uspokojovaní potrieb sestry pracujúce v nemocniciach označili na prvom mieste biologické, potom nasledovali psychické, spirituálne a sociálne potreby. Sestry pracujúce v hospicioch už určili iné poradie v uspokojovaní potrieb - biologické, spirituálne, psychické a sociálne potreby.

Ďalšie ciele boli zamerané na zistenie rozdielov - v úrovni poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v SR, ČR, v nemocnici a v hospici.

V Českej republike má paliatívna a hospicová starostlivosť dlhšiu tradíciu. Začiatky boli v 90-tich rokoch 20. storočia, v roku 1995 mali prvý hospic - Hospic Anežky České v Červeném Kostelci a ďalšie vznikali v roku 2000 v Plzni, Prahe a v Rajhrade u Brna (Vorlíček, Sláma, 2005). Na Slovensku sa rozvíjala paliatívna a hospicová starostlivosť v roku 1995, ale až v roku 2002 vznikol prvý hospic - v Bardejovskej Novej Vsi (Nemcová, 2013). V súčasnosti môžeme povedať, že je starostlivosť na rovnakej úrovni. V našom prieskumnom súbore sme však zistili určité rozdiely v nemocničnej starostlivosti u sestier v SR a ČR, napr. pri komunikácii s pacientom a diskusii na nepríjemné témy, v názore na najvhodnejšie miesto poskytovania starostlivosti o terminálne chorého, sestry v ČR pracujúce v nemocnici menej využívajú posudzovanie podľa Kübler - Rossovej a nemajú dostatok času na uspokojovanie všetkých potrieb pacienta a poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Pri skúmaní posledného cieľa sme vychádzali z poznatkov: *paliatívna ošetrovateľská starostlivosť realizovaná na oddelení alebo na JIS sa zameriava na uspokojovanie všetkých potrieb pacientov, poskytuje však menší priestor pre začlenenie členov rodiny do starostlivosti o pacienta, rodina nemôže byť prítomná 24 hodín (O'Connor, 2005). Hospic chorému garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, bude vždy rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť, v posledných chvíľach nezostane osamotený a všetky jeho potreby budú adekvátne uspokojené (Laca, 2010, Robinson, Segal, 2014).*

V našom súbore sestier sme postrehli rozdiely medzi hospicom a nemocnicou v kontrole symptómov, kde kontrolu symptómov vykonávajú všetky sestry z hospicu, ale iba niektoré sestry z nemocnice. Pacienti sa zdôverujú všetkým sestrám z hospicu, ale sestry z nemocnice sa na rovnakej odpovedi nezhodli. Sestry z nemocnice neradi komunikujú s pacientom o smrti a sestry z hospicov o sexuálnych problémoch. Väčšia časť sestier pracujúcich v hospici sa zhodla na odpovedi, že pokladajú za správne poskytnutie informácií rodine o zdravotnom stave pacienta, pričom iba 63 % sestier z nemocníc súhlasilo s touto alternatívou. Fázy umierania podľa Kübler - Rossovej využívajú všetky sestry z hospicov, pričom sestry z nemocníc tieto fázy v praxi nevyužívajú alebo len zriedka. Čas na uspokojovanie všetkých potrieb pacienta majú skôr v hospicioch ako sestry v nemocnici.

Záver

Ošetrovateľská starostlivosť má v starostlivosti o nevyliciteľne chorého, zomierajúceho pacienta veľký význam, o čom sme sa presvedčili aj po vyhodnotení dotazníka. Sestry v ňom uviedli, že sa snažia uspokojovať všetky potreby chorých,

realizujú intervencie na zmiernenie problémov a symptómov ochorení, kontrolujú symptómy, využívajú hodnotiace škály a komunikujú s pacientom. Sú si však vedomé aj nedostatkov, ako nedostatok času na uspokojovanie všetkých potrieb pacientov (uviedlo 53% sestier). Ďalším negatívom je nedostatok financií, pomôcok, personálu a lôžok pre terminálne chorých a ich rodinných príslušníkov, v nemocniciach v Slovenskej a Českej republike, ktoré v otvorenej otázke uviedlo 59 % sestier. Z tohto dôvodu je nevyhnutný multirezortný prístup, aby sa zistené nedostatky eliminovali.

Literatúra:

1. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. Revised and Condensed Edition: 2013. Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA). Ottawa, Ontario, K1R 7A5. ISBN: 978-1-896495-19-4.
2. Andrášiová, M. 2008. Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2008, roč. 1 (2): s. 77–79 s. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/b7282b893738cdfa385c408bfb069863.pdf>.
3. Becker, R. (2009) Palliative care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care. *Nursing Times*; 105: 13.
4. Clinical practice guidelines for quality palliative care. National Consensus Project for Quality Palliative Care. One Penn Center West, Suite 229. 2009. 80 s. ISBN 978-1-934654-11-8
5. Hardy, B., King, N., Rodriguez, A. 2014. The experiences of patients and carers in the daily management of care at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing* | Vol. 20 | No. 12 | pp 591–598 <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.12.591>
6. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína. [online]. [cit. 2014-10-23] http://www.hospice.sk/hospice1/data/Koncepcia_paliativnej%20mediciny_2006.
7. Krišková, A. 2006. *Ošetrovateľské techniky*. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 8080632022
8. Križanová, K. 2008. Paliatívna medicína. In *Bedeker zdravia*. ISSN 1337-2734. 2008, roč. IV, č. 4, 82-83 s.
9. Laca, S. 2010. Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.
10. Loitman, J. E., Sinclair, Ch. T., Fisch, M. J. 2010. *Palliative Care : A Case-based Guide*. 1. New York : Springer Science+Business Media, LLC, 2010. 83 s. ISBN 9781607615897.
11. Magurová, D., Longauerová, A., Obročníková, A. 2007. Uspokojovanie potrieb umierajúceho klienta v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti. In *Onkológia*, - ISSN 1336-8176. 2007. č. 4, 246- 249 s.
12. Marková, M. 2010. *Sestra a pacient v paliatívnej péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 9788024731711.
13. Nemcová, J. 2013. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2013. 77 s. ISBN 978-80-89544-52-3.
14. O'Connor, M. – Aranda, S. 2005. *Paliatívni péče – pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
15. Porubčanová, Dobříková, P. 2005. *Nevylicitelné chori v súčasnosti*. Trnava: Spolok Svätého Vojtecha, 2005. 283 s.
16. Robinson, Z., Segal, J. 2014. Quality of Life at the End of Life. Dostupné na internete: <http://www.helpguide.org/articles/caregiving/hospice-and-palliative-care.htm>
17. Sláma, O. et. al. 2007. *Paliatívna medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galen, 2007. 362 s. ISBN 8072625055.
18. Sláma, O. et. al. 2012. *Paliatívna medicína pro praxi*. Praha: Galen, 2012. 2. vyd. 363 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
19. Slamková, A., Poledníková, L. 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2013. 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
20. Šamánková et. al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
21. Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. et al. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
22. Vorlíček, J., Sláma, O. 2005. Paliatívni medicína - historie a současnost. In *SANQUIS*. ISSN 1212-6535. 2005. č.41, s. 34.
23. Žiaková, K. et al. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

Kontakt:

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Fakulta zdravotníctva
 Nám. A. Hlinku 48
 034 01 Ružomberok
 E-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

Compliance pacienta v kontexte edukácie

Mariana Magerčíaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Compliance je stupeň súhlasu pacienta medzi liečebným režimom a jeho dodržiavaním, miera nakoľko správanie pacienta zodpovedá odporúčaniam zdravotníkov, aká je jeho ochota dodržiavať rady, stotožniť sa s odporúčaniami a podrobiť sa navrhnutému režimu spolupráce alebo liečebnému režimu. Mnohé štúdie upozorňujú na nedostatočnú compliance pacienta. Compliance je možné zlepšiť aj edukáciou, ktorú realizujú sestry. Článok prináša nielen prehľad základných charakteristík compliance v nadväznosti na výsledky rôznych štúdií, ale aj možnosti jej monitorovania, prediktory non-compliance a tiež možnosti zlepšenia compliance pacienta prostredníctvom edukačnej činnosti sestry.

Kľúčové slová: Compliance. Edukácia. Motivácia. Pacient. Liečebný režim. Sestra.

Summary

Compliance means a degree of correspondence between the treatment regime and patient's adherence to this regime and to recommendations of the health care staff and expresses the patient's willingness to obey the recommendations and comply with the suggested regime of cooperation and treatment. Many studies draw attention to inadequate patient's compliance. Compliance may be improved by education provided by nurses. The paper outlines essential attributes of compliance in connection with results of various studies. It also suggests the possibilities of monitoring and predicting and points out to non-compliance. It also shows how education provided by nurse may improve the patient's compliance.

Kľúčové slová: Compliance. Edukácia. Motivácia. Pacient. Liečebný režim. Sestra.

Key words: Compliance. Education. Motivation. Patient. Treatment regime. Nurse.

Úvod

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa pacient často dostáva do situácie rozhodovania, či má alebo nemá robiť to, čo mu lekár alebo iní zdravotnícki pracovníci nariaďa alebo odporúčia. V pozadí je ale presvedčenie, že k tomu, aby pacientovi pomohlo to, čo mu zdravotnícki pracovníci odporúčajú, je potrebné, aby pacient skutočne realizoval to, čo si lekár alebo iní zdravotnícki pracovníci prajú (Křivohlavý, 2002). Křivohlavý (2002) poukazuje na rôznorodosť výsledkov empirických štúdií (Horwitz et al., 1993; Gallagher et al., 1993) zameraných na to, do akej miery pacienti skutočne robia presne a dôsledne to, čo im lekár nariaďa. V nadväznosti na tieto štúdie je možné počítať s tým, že asi 50% pacientov nerobí presne a dôsledne to, čo im lekár nariaďa.

V priemere jedna tretina pacientov nedodržiava odporúčania lekára pri krátkodobej liečbe a viac ako polovica pacientov prestáva spolupracovať pri liečbe dlhodobej; asi 40% pacientov sa nezúčastňuje preventívnych programov a viac ako polovica neuposlúchne odporúčania, ktoré sa týkajú zmeny životného štýlu (Edelmann, 2000; Marks, Murray et al., 2000 In Baštecká a kol., 2003).

Kaplan a kol. (1996) uvádza viaceré štúdie, ktoré poukazujú na variabilný podiel non-compliance. 33% pacientov nedodržiava odporúčanú terapiu dôsledne. Ide najmä o pacientov, ktorí majú dodržiavať režim meniaci ich spôsob života, napr. zmenu telesnej aktivity. V súvislosti s uvedenými výsledkami je nevyhnutné nielen účinne ovplyvňovať compliance pacientov efektívnou edukačnou činnosťou, ale aj monitorovaním compliance.

V prieskume zameranom na edukačnú činnosť sestier, ktorý bol realizovaný v roku 2005 na vzorke 119 pacientov sa 74% pacientov vyjadrilo, že sú ochotní dodržiavať pokyny a inštrukcie zo strany sestry, 22% pacientov nebolo rozhodnutých, či by dodržiavali inštrukcie sestry a 4% pacientov priznalo nechotu dodržiavať inštrukcie sprostredkované sestrou (Magerčíaková, 2005).

Charakteristika compliance

Compliance definujú viacerí autori. Compliance je stupeň súhlasu pacienta medzi liečebným režimom a jeho dodržiavaním, miera nakoľko je pacientovo správanie zodpovedajúce odporúčaniam zdravotníkov, dodržiavanie, súhlas, poddajnosť, ochota dodržiavať rady, stotožniť sa s odporúčaniami, podrobenie sa navrhnutému režimu spolupráce alebo predpísanému režimu (Aronson, 2007; Bell et al., 2007; Horne et al., 2005).

Rankin et al. (2005) definujú compliance podľa autorov Sackett and Haynes (1976) ako mieru alebo rozsah, v rámci ktorej sa správanie pacienta v zmysle užívania liekov, dodržiavania diéty a realizácie iných zmien životného štýlu zhoduje s klinickými predpismi.

Vymětal (2003) uvádza compliance ako vyhovenie, splnenie, dodržanie predovšetkým vo vzťahu k spolupráci pacienta s lekárom, ktorá je výsledkom vzájomného vzťahu a komunikácie medzi nimi. Zároveň je podľa autora nevyhnutná aktivita pacienta v smeroch pre liečbu a rehabilitáciu žiaducich - nie je trpným objektom, ale aktívnym subjektom starostlivosti.

Baštecká a kol. (2003, s. 257) definujú compliance ako „ochotu podvoliť sa pokynom lekára. Prejavuje sa v správaní prospešnom zdraviu (prestáť fajčiť, začať cvičiť, chodiť na preventívne prehliadky) a v spôsobe užívania liekov (zачаť užívať lieky a užívať ich správne po správnu dobu). Nedostatočná compliance má za následok nedodržiavanie dohodnutých kontrol a odchod z nemocnice na reverz“.

V súvislosti s compliance sa používajú aj pojmy non-compliance, adherence a concordance.

Non-compliance je protikladom compliance a znamená nesúhlas, nedodržiavanie rád, nechotu stotožniť sa s liečebným režimom a odporúčaniami. Je dôležitým aspektom v liečbe, pričom je zároveň dôležitým faktorom jej neúspechu (Aronson, 2007; Bell et al., 2007; Horne et al., 2005).

Adherence je ďalší termín označujúci spoluprácu pacienta. Avšak tento termín sa vzťahuje skôr na „prilnutie

k liečbe“, kedy pacient po dohode s lekárom (s dôrazom na potrebu dohody) dodržiava a rešpektuje predpísanú liečbu. Väčšinou sa oba termíny používajú ako synonymum, pričom compliance predstavuje spoluprácu a dodržiavanie navrhnutého liečebného režimu ako takého a adherence skôr vo vzťahu k užívaniu liekov (Aronson, 2007; Bell et al., 2007; Horne et al., 2005).

Concordance (zhoda, súlad) je relatívne nový termín používaný prevažne v Anglicku zameraný na konzultáciu medzi lekárom a pacientom, pri ktorej by mal lekár a pacient spoločne dospieť k dohode o režime, ktorý bude pacient dodržiavať. Berie sa do úvahy aj subjektívny názor pacienta, pričom lekár a pacient môžu mať protichodné názory. Non-concordance znamená neschopnosť oboch zúčastnených strán dohodnúť sa na liečebnom režime (Aronson, 2007; Bell et al., 2007; Horne et al., 2005).

Charakteristika non-compliance

Non-compliance je špecifická najmä u pacientov s chronickým ochorením (Bóriková, 2013). Výskum preukázal, že rozdiely v dodržiavaní liečebného režimu u pacientov nemožno vysvetliť radom pevných faktorov, ako je napríklad typ alebo závažnosť ochorenia, socio-demografické premenné alebo osobnostné črty pacienta. Spolupráca pozitívne koreluje s príjmom, ak pacient hradí liečbu, ale nie so všeobecným socio-ekonomickým statusom (Horne et al., 2005).

Horne et al. (2005) delí non-compliance/non-adherence na:

- neúmyselnú - vyplýva z kapacity a zdrojov brániacich pacientovi spolupracovať na dodržiavaní liečebného režimu - patria sem individuálne obmedzenia súvisiace napr. s pamäťou pacienta, jeho zručnosťami a jeho sociálnym prostredím, problematika prístupu k liečbe, náklady na lieky atď.,
- úmyselnú - vyplýva z presvedčenia, postojov a očakávania pacienta, pričom pacient úmyselne nedodržiava liečebný režim, vedome ho porušuje; pacientovi chýba motivácia na ovplyvnenie začatia a zotrvania v liečbe,
- kolísavú/nestálu - je premenná, mení sa podľa situácie pacienta.

Formy non-compliance podľa Práznovcovej (2014 In: <http://www.pace.cz>):

- jasné (otvorené) odmietnutie liečby,
- samovoľné zvyšovanie alebo znižovanie jednotlivkej alebo dennej dávky,
- vysadenie liečby („liekové prázdniny“),
- compliance „z bielych plášťov“ - pacient užíva predpísané lieky len pred návštevou lekára,
- opomenutie užitia ďalšej dávky lieku,
- nedodržiavanie časových intervalov medzi jednotlivými dávkami lieku.

Príčiny non-compliance sa rozdeľujú na faktory liekové a faktory neliekové - zo strany pacienta a zo strany lekára alebo sestry (pozri Tabuľka 1).

Tabuľka 1 Prediktory non-compliance

Faktory liekové:

- Zložitosť liečebného režimu
- Nežiaduce účinky liekov
- Cena lieku, výška doplatkov za lieky
- Dĺžka trvania ochorenia a liečby
- Polypragmázia
- Odpor k farmakoterapii
- Nedostupnosť liekov, vzdialenosť od lekárne

Faktory neliekové zo strany pacienta:

- Prostredie: slabá podpora zo strany rodiny, nepriaznivá sociálna a finančná situácia
- Stigmatizácia, prijímanie okolím
- Vek, pohlavie
- Vzdelanie, gramotnosť, etnikum
- Negatívny postoj k ochoreniu
- Zabúdanie, bagatelizácia ochorenia
- Kognitívna alebo zmyslová porucha
- Jazyková bariéra
- Motorický deficit, nedostatok zručností
- Abúzy: nikotinizmus, alkoholizmus
- Nedostatok sebakontroly alebo samostatnosti
- Predsudky voči liečbe
- Nárast životných nákladov spojených s chronicitou ochorenia

Faktory neliekové zo strany lekára alebo sestry:

- Nedodržiavanie štandardných terapeutických postupov
- Nedostatočná interakcia a komunikácia
- Nedostatočná edukácia
- Absencia nácviku motorických zručností dôležitých pre zvládanie liečebného režimu
- Nedostatočná alebo žiadna spätná väzba či kontrola
- Používanie odbornej terminológie
- Nedostupnosť alebo vzdialenosť ambulancie
- Nespokojnosť pacienta so zdravotníckym personálom

(spracované podľa: Aronson, 2007; Bóriková, 2013; Krajčovičová, Čaplová, 2011; Osacká a kol., 2012).

Špecifickou skupinou z hľadiska non-compliance sú seniori, kde sú ďalšie neliekové prediktory, a to zníženie kvality života, časté nežiaduce účinky liekov, sklon konzultovať svoju liečbu s okolím a sklon k samoliečbe (Bóriková, 2013). Zrubáková a kol. (2012, s. 183) uvádzajú, že „farmakoterapia je významnou súčasťou liečby seniora. Má svoje výhody - zmiernenie symptómov, vyliečenie akútneho ochorenia, ale so stúpajúcim vekom a zhoršením zdravotného stavu seniora aj nevýhody spojené so zvýšeným rizikom nežiaducich účinkov liekov, polypragmáciou, zhoršenou kvalitou života a finančným zaťažením seniora resp. rodinných príslušníkov. Úlohou zdravotníckych pracovníkov (predovšetkým lekárov a sestier) je účelnou farmakoterapiou eliminovať negatíva liečby. Nie je to možné bez identifikovania hlavných problémov terapie ako aj jeho aktívneho zapojenia a spolupráce. Pozitívny prístup možno získať primeranou edukáciou, komunikáciou, starostlivosťou o pacienta, individuálnym prístupom, interdisciplinárnou spoluprácou, používaním pomôcok a vhodnou spoluprácou s rodinou pacienta, resp. opatrovateľa“.

Nedostatočnú compliance ovplyvňujú charakteristiky pacienta a jeho choroby, charakteristiky liečby, charakteristiky zdravotníka a vzťahu zdravotník - pacient (pozri Tabuľka 2). Do rovnakých oblastí smerujú aj techniky na zlepšovanie compliance (Baštecká a kol., 2003).

Tabuľka 2 Faktory ovplyvňujúce nedostatočnú compliance pacienta

<p>Faktory zo strany pacienta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nepochopenie inštrukcií • Vedomé nedodržovanie inštrukcií • Nedostatok sociálnej opory • Sociálna izolácia • Postoj pacienta k liekom (strach zo závislosti, nedôvera ku chémii) • Predstavy o zdraví a vnímanie závažnosti ochorenia • Vnímanie predností liečby a prekážok pri jej dodržiavaní
<p>Faktory zo strany choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Závažnosť ochorenia • Viditeľnosť príznakov ochorenia
<p>Faktory zo strany liečby a zdravotníckeho systému:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zložité podávanie liekov • Zložitý príbalový leták lieku • Podávanie niekoľkých liekov súčasne • Dlhé trvanie liečby • Nežiaduce alebo vedľajšie účinky liečby • Dlhé a nevyhovujúce termíny objednania na odbornú kontrolu • Pravidelnosť lekárskeho kontrol pri dlhodobej liečbe • Postoje zdravotníckeho personálu k liečbe pacienta
<p>Faktory zo strany zdravotníkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spokojnosť zdravotníkov so svojou prácou • Zodpovednosť a dôslednosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti
<p>Faktory zo strany vzťahu zdravotník - pacient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spokojnosť pacienta s prístupom zdravotníkov • Zrozumiteľnosť a pochopenie inštrukcií týkajúcich sa liečby • Správanie zdravotníkov

(spracované podľa: Baštecká a kol., 2003)

Prevenia a riešenie non-compliance

Z hľadiska prevencie a riešenia non-compliance je dôležité monitorovanie compliance. Jej monitorovanie je náročné a problematické, pretože je veľmi ťažké vytvoriť dotazníky, ktoré by compliance pacienta objektívne zmerali. Existuje však niekoľko možností, ako compliance monitorovať:

- pozorovanie pacienta, rozhovor - otázky zamerané na možnú nespokojnosť,
- kontrola písomných záznamov pacienta (napr. denník pacienta),
- zapisovanie počtu receptov a spotreby liekov - tzv. lieková knižka, kontrola cez zdravotné poisťovne, či si pacient predpísané lieky aj skutočne vybral,
- kooperácia s opatrovníkmi alebo rodinnými príslušníkmi, ktorí dohliadajú na dodržiavanie liečebného režimu,

najmä u špecifických skupín pacientov (seniori, deti, psychiatrickí pacienti),

- počítanie liekov alebo inhalačných dávok,
- kontrola manuálnych zručností pri aplikácii liekov potrebných v liečebnom režime,
- sledovanie dodržiavania dispenzárných kontrol,
- sledovanie hladín liekov v krvi (Bóriková, 2013; Osacká a kol., 2012).

Pri monitorovaní compliance je dôležité komunikovať s pacientom, klásť mu otázky zamerané na zistenie pravdepodobnej non-compliance. Jednou z možností je použitie Morisky Scale, ktorá je špecifická pre antihypertenznú liečbu a tiež zahŕňa položky týkajúce sa úpravy životného štýlu pri liečbe hypertenzie (Kripalani et al., 2008). Morisky Scale obsahuje osem otázok na preverenie užívania terapie pacientom pri hypertenznej chorobe, avšak dá sa po modifikácii použiť aj pri iných chronických ochoreniach. Ďalšou z metód, ktorá sa využíva na zlepšenie compliance pacienta, je metóda AIDES, ktorá zahŕňa:

A - assessment - posúdiť všetku medikáciu, ktorú pacient užíva,
 I - individualization - individualizujú liečebný režim,
 D - documentation - poskytni písomnú informáciu,
 E - education - poskytni správnu a kontinuálnu edukáciu,
 S - supervision - zaisti kontinuálnu kontrolu liečebného režimu (Bóriková, 2013).

Na zlepšovaní compliance pacienta môže participovať aj sestra. Jedným z najdôležitejších faktorov zlepšenia compliance zo strany sestry je edukácia. Kaiser (2007, s. 514) uvádza, že „navrhnuté metódy s cieľom zlepšiť compliance pacienta zahŕňajú vzdelávanie pacienta, viac starostlivosti, partnerstvo medzi pacientom a zdravotníkmi, menej časté dávkovanie liekov, jednoduché liečebné plány, diáre. Medzi najúčinnejšie patrí menšie dávkovanie a jednoduché plány. Je celkovo ťažké zlepšiť compliance, a to aj napriek rozsiahlemu výskumu“.

Medzi možnosti zlepšenia compliance prostredníctvom edukačnej činnosti sestry patrí predovšetkým motivácia pacienta. Motivácia je termín, ktorý opisuje sily pôsobiace zvonku alebo vnútri organizmu, ktoré iniciujú a udržiavajú správanie (Klug Redman, 2007). Ľudské správanie je takmer vždy niečím motivované. Najviac je však ovplyvňované biologickými, kultúrnymi a situačnými aspektmi. Motivácia môže byť tiež zameraná na ukončenie nejakého správania (Šamánková, 2011). Motivácia je nevyhnutnou súčasťou edukácie pacienta pre dodržiavanie liečebného režimu. Pacient, aby mohol byť správne motivovaný, musí byť správne a dôsledne edukovaný, musí rozumieť závažnosti jeho ochorenia a tiež aké môžu byť dôsledky non-compliance. Edukácia má pacienta motivovať a viesť k zodpovednosti za svoje zdravie, motivovať k zmene správania, životného štýlu. Motivácia pacienta je nevyhnutná a potrebná k dlhodobej liečbe a self manažmentu ochorenia (Capková, 2014). Kelčíková (In Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 45) uvádza, že v kontexte compliance pacienta je „úlohou edukátorov motivovať pacienta, aby pochopil význam liečebných plánov ako prostriedku na dosiahnutie zdravia a kontrolovania ochorenia. Majú poskytnúť pacientovi také vedomosti a zručnosti, ktoré sú potrebné na zvládnutie kontinuálnej starostlivosti bez dennej profesionálnej supervízie a povzbudzovať ho k zmene vzorcov správania tak, aby sa prispôbil liečebnému režimu“. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti často označujú pacientov s chronickým ochorením ako neschopných plniť predpísaný liečebný režim. Schopnosť alebo motivácia pacienta

pre dodržiavanie režimu je ovplyvňovaná množstvom faktorov. V prípade, že pacient nedodržiava liečebný režim, nemusí to nutne znamenať, že to robí úmyselne. Sestra preto musí posúdiť, či pacient chápe dôvody, prečo má liečebný režim predpísaný, či je ochotný a schopný naučiť sa a dodržiavať pokyny, či nemá finančnú bariéru, či má dostatok potrebnej podpory pri dodržiavaní liečebného režimu. Dôležitá je aj psychická pripravenosť pacienta na učenie, predchádzajúce skúsenosti, motivácia a atraktivita obsahu edukácie zodpovedajúca potrebám pacienta (Monahan et al., 2007). Hrdina, Fendrich a kol. (1997 In Baštecká a kol., 2003) uvádzajú dva zdroje pacientovej neochoty spolupracovať, a to, že buď pacient nechápe inštrukcie a preto nemôže spolupracovať, aj keď by chcel, alebo pacient inštrukcie chápe, ale nedodržiava ich.

Neoddeliteľnou súčasťou edukácie a predpokladom spolupráce pacienta so sestrou a inými zdravotníckymi pracovníkmi je efektívna komunikácia. Nielen pacient by mal počúvať sestru, ale aj ona by mu mala dať priestor na vyjadrenie pocitov, jeho očakávaní ohľadom ochorenia a liečby, a trpezlivo odpovedať na jeho otázky (Osacká a kol., 2012). Džumelová, Kadučáková (2007, s. 415) uvádzajú, že „z množstva interakcií, do ktorých sa sestra dostáva, predstavujú interakcie s pacientom najväčšiu časť. Predpokladom pre získanie presných informácií, ich správnu interpretáciu a využitie sú vedomosti, schopnosti, sociálne a komunikačné zručnosti. Sestra však nie je iba človekom, ktorý informácie zbiera, ale ich aj poskytuje“.

Kontinuálna edukácia a spätná väzba zvyšuje tiež compliance. Nestačí základná edukácia ohľadom novo diagnostikovaného ochorenia, je potrebné neustále obnovovanie, opakovanie vedomostí a praktických zručností. Prostredníctvom spätnej väzby a kontroly si overujeme efekt edukácie. Pri edukácii nesmieme zabúdať na pochvalu a povzbudenie pacienta. Vo fixačnej fáze realizácie edukačného procesu a vo fáze vyhodnotenia je vhodné využívať predovšetkým rozhovor s edukantom, kladieme dôraz na spätnú väzbu. Osvedčuje sa spájať opakovanie s riešením problémových a životných situácií, využívať tabuľky, schémy, rôzne prehľady a podobne (Magerčíaková, 2007).

V edukácii sú najviac využívanými metódy hovoreného slova, čo sa nám potvrdilo aj v prieskume na vzorke 104 respondentov - sestier, ktorý bol realizovaný v roku 2005: 51% sestier uprednostňuje v edukačnej činnosti metódy hovoreného slova, pričom z tejto skupiny metód je najviac využívaný rozhovor (98% respondentov) (Magerčíaková, 2005). V edukácii sa často využíva aj vysvetľovanie alebo výklad, pričom Beran a kol. (2010) uvádzajú, že nielen formulácia výkladu je nesmierne dôležitá, ale aj vhodný okamih k jeho sprostredkovaniu má značný význam. Inak aj dobre formulovaný a výstižný výklad zostane bez pacientovho povšimnutia. Pacient ho najlepšie prijme a najviac mu porozumie vtedy, keď už je sám svojím poznaním blízko tomu, čo výklad obsahuje.

Napomáhať zlepšeniu compliance pacienta z hľadiska edukácie realizovanej sestrou je možné aj prostredníctvom využívania písomných edukačných, resp. informačných materiálov. „Sestry by sa mali podieľať na koncipovaní informačných, resp. edukačných materiálov pre pacientov s ohľadom na potreby praxe s cieľom zefektívniť edukačnú činnosť a zároveň prispieť k obmedzeniu času nevyhnutného na poučenie pacientov práve využívaním písomných edukačných materiálov“ (Magerčíaková, 2014, s. 260). Pre ciele edukáciu pacienta je nevyhnutné, aby neboli používané samostatne, ale v kombinácii s inými pomôckami či metódami edukácie.

Výhodou týchto pomôcok je ich dostupnosť, jednoduchá manipulácia, ľahké zapamätanie písaného textu a možnosť vrátiť sa k nemu, prípadne do textu doplniť vlastné poznámky a výpisky (Juřeníková, 2010).

Sestry sa pri naplňaní roly edukátorky dostávajú do situácií, kedy nie je možné edukovať samotného pacienta, ale je nevyhnutné do edukácie zainteresovať aj jeho podporné osoby. Podporné osoby predstavujú najčastejšie rodinní príslušníci pacienta. Pre pacienta predstavuje jeho rodina významnú oporu. Osobitne to platí pre pacientov vo vyššom veku, ktorí v mnohých prípadoch podriaďujú aj svoje rozhodnutia o terapii a ošetrovaní názorom a postojom ich rodinných príslušníkov, a tiež pre pacientov v detskom veku a v období adolescencie, kedy je rodič aj zákonným zástupcom dieťaťa (Magerčíaková, 2014). Práve kooperácia sestry s rodinou alebo podpornými osobami edukanta je nevyhnutná na zlepšenie compliance najmä u špecifických skupín pacientov, ako sú deti, seniori, zdravotne postihnutí, psychiatrickí pacienti, ale aj pacienti, ktorí potrebujú pomoc alebo dohľad pri dodržiavaní liečebného režimu. Marks, Murray et al. (2000 In Baštecká a kol., 2003) uvádzajú, že compliance je o to nižšia, čím viac je človek izolovaný a čím menej má sociálnej opory.

Compliance pacienta však je možné vnímať aj naopak - a teda nielen ako záležitosť ovplyvniteľnú edukačnou činnosťou, ale aj ako faktor, ktorý edukáciu ovplyvňuje. Magurová, Majerníková (2009) zaraďujú compliance medzi faktory napomáhajúce edukáciu a označujú ju ako ochotu, poddajnosť, túžbu po poznaní a získaní vedomostí, ako aj priamu účasť na osvojení si vedomostí, zručností. Compliance sa podľa autoriek prejaví vtedy, keď pacient rozpozná potrebu učenia a akceptuje ju, vynakladá úsilie, aby sa niečo naučil.

Záver

Compliance ako ochota pacienta dodržiavať liečebný režim predstavuje dôležitú súčasť liečebného procesu. Informovanosť pacienta o jeho zdravotnom stave a spokojnosť s poskytovanou starostlivosťou, sú veľmi dôležité. Informovaný a spokojný pacient pri terapii lepšie spolupracuje a terapia je efektívnejšia. V súčasnej dobe je jednoduchý prístup k mnohým informáciám predovšetkým vďaka internetu, čo je dobré, ale nie všetky z týchto informácií sú kvalitné a na profesionálnej úrovni. Informácie dostupné na internete vo veľkej miere ovplyvňujú pacienta, čo sa môže negatívne odraziť na jeho spolupráci pri liečbe. Pacient totiž nie je schopný v informáciách sa vyznať a väčšinou sa zameria len na upozornenie na nežiaduce účinky liečby. Platí to aj pre informácie poskytované farmaceutickým priemyslom vo forme príbalového letáka. Z tohto dôvodu je potrebné navodiť s pacientom diskusiu, odovzdať mu všetky nevyhnutné informácie a nechať mu možnosť voľby. Pacient môže potom konštatovať, že je už v plnej miere oboznámený o liečbe, všetko mu bolo vysvetlené a on sa rozhodol ordinovanú liečbu podstúpiť alebo nepodstúpiť (Práznovcová In www.pace.cz).

Informovanosť, resp. poučenie pacienta je nevyhnutnou súčasťou podpory compliance pacienta pri dodržiavaní liečebného režimu. Na poučení pacienta týkajúceho sa jeho liečebného režimu participuje lekár, sestra a prípadne aj iní zdravotníckí pracovníci každý v rámci svojich kompetencií. „Sestra je jedným z významných subjektov výchovy obyvateľstva k zdraviu. Edukačnou činnosťou, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť jej pracovnej náplne, môže výrazným spôsobom prispieť k zvyšovaniu zdravotného uvedomenia, a tým aj ku zlepšeniu kvality života“ (Magerčíaková, 2007, s. 37).

Literatúra:

1. Aronson, J. K. 2007. Compliance, concordance, adherence. In: *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 04/2007, vol. 63, no. 4, p. 383-384. ISSN 02893.X. [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2203247/>>.
2. Baštecká, B. a kol. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
3. Bell, J. B. et al. 2007. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. In: *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 12/2007, vol. 64, no. 5, p. 710-713. ISSN 02971-1.X. [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>>.
4. Beran, J. a kol. 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
5. Bóriková, I. 2013. *Kompliancia a adherencia u pacienta s chronickým ochorením*. Prednáška v rámci projektu Múdrejší ako astma. Poprad, 11.4.2013.
6. Capková, V. 2014. *Vplyv edukačnej činnosti sestier na compliance pacienta*. Diplomová práca. Ružomberok: FZ KU, 2014, 62 s.
7. Džumelová, M., Kadučáková, H. 2007. Efektívna komunikácia s pacientom v ambulancii. In: *Florence*, III, 2007, č. 10, s. 415- 416. ISSN 1801-464X.
8. Horne, R. et al. 2005. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. [online]. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). December 2005. 311 p. [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf>.
9. Juřeniková, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. Kaiser, H. B. 2007. Compliance and noncompliance in asthma. In *Allergy and Asthma Proceedings*. [online]. 09-10 /2007, Vol. 28, No.5, p.514-516. ISSN 28.3040 [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18034967>>. Kaplan, M. R., Sallis, F. J., Patterson, L. T. 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1996, 450 s. ISBN 80-08-00332-4.
11. Klug Redman, B. 2007. *The Practice of Patient Education: a Case Study Approach*. Missouri: Mosby Elsevier, 2007, 157 p. ISBN 978-0-323-03905-5.
12. Krajčovičová, D. – Čaplová, T. 2011. Problematika spolupráce a nespôlupráce u pacientov v podmienkach denného sanatória. In: *Psychiatria- psychoterapia- psychosomatika*, [online]. 18, č.1, s. 30-34 [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <<http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-1/2011/html/>>.
13. Kripalani, S., Risser, J., Gatti M. E., Jacobson, T. A. 2008. Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. In: *Value in Health* [online]. Vol. 12, Issue 1, p. 118- 123, January/ February 2009. ISSN 1098-3015. [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x/pdf>>.
14. Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. Magerčiaková, M. 2005. *Edukácia v práci sestry*. Rigorózná práca. Ružomberok: PF KU, 2005, 106 s.
16. Magerčiaková, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve I*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
17. Magerčiaková, M. 2014. Písomné edukačné materiály v ošetrovateľskej praxi. In: *Sborník z mezinárodnej konferencie Jihlavské zdravotnícké dny 2014- IV. ročník, Ošetrovateľství a porodní asistence 21. století*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotníckych štúdií, 2014, s. 259- 263. ISBN 978-80-87035-85-6.
18. Magurová, D. - Majerníková, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
19. Monahan, F. D. et al. 2007. *Phipps' Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives*. Missouri: MosbyElsevier, 2007, 2067 p. ISBN 978-0-7234-3456-6.
20. Nemcová, J. – Hlinková, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9 61.
21. Osacká, P.- Bóriková, I.- Ferencová, E. 2012. *Múdrejší ako astma. Edukačný program STOP ASTME: self-managment astmatika*. Bratislava: Univerzita Komenského, Martin: Jesseniova lekárska fakulta Ústav ošetrovateľstva, 2012. 80 s. ISBN 978-80-89544-16-5.
22. Práznovcová, L. 2014. *Compliance pacienta*. [online]. 2014 [cit. 2014.12.13.] Dostupné na internete: <http://www.pace.cz/wp.../03/5_compliance_pacienta.pdf>
23. Rankin, S.H., Stallings, K.D., London, F. 2005. *Patient Education in Health and Illness*. 5 th ed. Philadelphia: Lippincott W. & Wilkins, 2005. 368 p. ISBN 0-7817-4849-6.
24. Šamánková, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovateľskom procese*. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-32237.
25. Vymětal, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
26. Zrubáková, K., Magerčiaková, M., Dubná, Z. 2012. Farmakologická liečba seniora a jej problémy v klinickej praxi. In: *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Ružomberok: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok-FN, Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2012, s. 174- 184. ISBN 978-80-8084-862-0.

Kontakt:

PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD.
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Fakulta zdravotníctva
 Nám. A. Hlinku 48
 034 01 Ružomberok
 E-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

Možnosti riešenia konfliktov v ošetrovateľskej praxi

Anna Hudáková, Mária Kaščáková, Marta Jakubíková, Gabriela Kuriplachová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Súhrn

Úvod. Cieľom práce bolo zistiť možnosti zvládania konfliktov v ošetrovateľstve. Zamerali sme na ich incidenciu, vyvolávajúce faktory, dopad konfliktov na pracovnú klímu a možnosti využitia dostupných metód pri riešení konfliktov.

Materiál a metodika. Prieskumom bol realizovaný v zdravotníckom zariadení - Nemocnica s Poliklinikou Sv. Jakuba n. o. v Bardejove. V súbore 56 sestier v akútnej a dlhodobej starostlivosti pomocou neštandardizovaného dotazníka boli zisťované možnosti zvládania konfliktov na ich oddeleniach.

Výsledky. Zistili sme, že medzi najčastejších účastníkov konfliktu patrí iný zdravotnícky pracovník. V akútnej starostlivosti išlo o zastúpenie v 58,6 % a v dlhodobej starostlivosti išlo o 59,3 %. Najčastejším faktorom vyvolávajúcim konflikt je nedostatok času, ktorý najviac potvrdili sestry v akútnej starostlivosti (62,1%). V rámci metód riešenia konfliktu najviac sestier v akútnej starostlivosti uvádzalo asertívny prístup (34,5 %). Alternatívne spôsoby riešenia konfliktu poznalo 65,5 % sestier v akútnej starostlivosti. Štandardný spôsob riešenia konfliktu uviedli iba 20,7 % sestier v akútnej starostlivosti a 22,2 % sestier v dlhodobej starostlivosti. V našom prieskume sa potvrdili rozdiely z hľadiska typu pracoviska. Sestry v akútnej starostlivosti využívali tímové ošetrovanie pacienta, pretože až v 82,8 % sa sestry snažia o vysvetlenie vzniknutej situácie pri riešení konfliktu.

Záver. Navrhujeme zvýšiť dostupnosť vzdelávacích programov najmä pre iných zdravotníckych pracovníkov zameraný na zlepšenie komunikačných zručností. Obrovským benefitom pri riešení konfliktov v zdravotníckych zariadeniach by bolo uplatňovanie mediácie.

Kľúčové slová: Konflikt. Akútna starostlivosť. Komparácia. Dlhodobá starostlivosť. Mediácia.

Summary

Introduction. The aim of our study was to find out the possibilities of conflict management in nursing. We targeted on their incidence, inducing factors, the impact of conflict on the working environment and the possibilities of available methods in conflict resolution.

Material and methodology. The survey was conducted during the period from December 2012 to February 2013. Distribution of questionnaires was ensured in the hospital – Hospital Sv. James nonprofit organization in Bardejov. In a group of 56 nurses in acute and long-term care using non-standardized questionnaire were determined the possibilities of conflict management in their departments.

Results. We detected that the most frequent participants in the conflict is other medical worker. In acute care was a representation of 58.6 % and long-term care was about 59.3 %. Most frequent factor that cause conflict is the lack of time, confirmed that most nurses in acute care (62.1 %). The methods of conflict resolution than nurses in acute care provided assertive approach (34.5%). Alternative conflict known 65.5 % of nurses in acute care. The standard way of solving conflict reported only 20.7 % of nurses in acute care and 22.2 % of nurses in long-term care. Our research confirmed the differences depending on the type of workplace. Nurses in acute care using patient care team, because only in 82.8 % of nurses are trying to clarify of the situation to resolve the conflict.

Conclusion. We propose to increase the availability of training programs, especially for other medical worker, aimed at improving communication skills. Huge benefits in resolving conflicts in medical institutions would be to use the mediation.

Key words: Conflict. Acute care. Comparison. Long-term care. Mediation.

Úvod

Existuje niekoľko definícií a pohľadov na konflikt. Špecifickým spôsobom konflikt vníma psychológia, ktorú zaujíma v plnom rozsahu prežívanie jednotlivca. Biologický pohľad percepcie konfliktu chápe konflikt ako vývojový faktor života na Zemi. Konflikt je štruktúrovaný proces, má predvídateľné fázy a priebeh. Niekedy je potrebné konflikty evokovať, pretože do určitej miery sú dôležité pre zabezpečenie tvorivej a sebakritickej atmosféry stimulujúcej optimálny výkon. Konflikt nie je statická záležitosť, ale zvyčajne sa v priebehu času mení a prechádza určitým vývojom. Křivohlavý, Pečenková (2004) popisuje konflikt ako nedorozumenie, nezhody, rozpory, zrážky, zápasy, vojny, čo následne všetko v sebe zahŕňa pojem konflikt. Podľa Wilmonta, Hockerovej (2004) konflikt predstavuje prejav rozporu medzi najmenej dvoma vzájomne závislými stranami, ktoré vnímajú nekompatibilné ciele, nedostatok zdrojov a zasahovanie druhých pri dosahovaní svojich cieľov. Príčinou vzniku konfliktu medzi ľuďmi býva často narušená

komunikácia. Častým dôvodom je nedostatočne počúvanie toho druhého, neakceptovanie prijatých informácií a rozdiel medzi interpretáciou a vnímaním informácie. Komunikačné zdroje sú v pozadí mnohých medziľudských konfliktov. Najčastejšie ide o nedostatok informácií alebo ich deštrukciu, rozdiely vo vnímaní významu slov, nejasnú interpretáciu myšlienok. Môžu to byť aj predsudky na strane príjemcu „čítanie“ myšlienok, prejav nedôvery alebo vzdoru. Štruktúrne zdroje konfliktu vyplývajú zo štruktúry a veľkosti organizácie, kde zaradujeme časovú tieseň, problematické podmienky na pracovisku, nejasné pravidlá, rozdielnosť názorov, ale aj súperenie o obmedzené zdroje a rozdielne nároky, vyžadované od pracovníkov (Bubeníková, 2008).

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti podľa Kilíkovej, Jakušovej (2008) ako najčastejšie zdroje konfliktov sa javia: nedostatky v organizácii práce - absencia jasných pravidiel, štandardy, materiálno-technické obmedzenia, personálne

zdroje, nedodržovanie harmonogramu práce; nezodpovedný vzťah k práci - zábudlivosť, neplnenie stanovených úloh; nízka objektivita smerom k vlastnej práci; nízka disciplína, príp. nedodržovanie disciplíny; špecifické charakterové vlastnosti a osobnostné predpoklady; nadmerná a psychická a fyzická záťaž (najmä v paliatívnej a v geriatrickej starostlivosti); nepriaznivá klíma a medziľudské vzťahy (štandardná interpersonálna komunikácia, tímová práca a požadovaný štýl riadenia sa prejaví na kvalite práce celej skupiny); nedostatočná informovanosť a nevhodná komunikácia – absencia kontinuálneho prechodu informácií horizontálnym a vertikálnym smerom. Pre človeka sú interpersonálne vzťahy dôležité, lebo sú zdrojom uspokojovania jeho potrieb. Dávajú mu pocit istoty a bezpečia a významne sociálne ovplyvňujú vývoj osobnosti, sú hlavným zdrojom sociálneho a imitačného učenia. Z uvedených dôvodov je potrebné venovať sa problematike konfliktov aj v ošetrovateľstve.

Ciele práce

Cieľom práce bolo zistiť, akými spôsobmi sú riešené konflikty na sledovaných pracoviskách, aké metódy využívajú sestry na sledovaných oddeleniach pri riešení vzniknutých konfliktov. Rovnako sme chceli zistiť incidenciu konfliktov v rámci multidisciplinárneho tímu na ošetrojúcej jednotke (sestra - lekár, sestra - iný zdravotnícky pracovník, sestra - manažér) a identifikovať najčastejšie vyvolávajúce faktory konfliktných situácií vo vzťahu sestra – pacient (resp. príbuzný). Možnosti riešenia konfliktov a vzniknuté prekážky pri riešení problémových situácií sme komparovali u sestier v akútnej a u sestier v dlhodobej starostlivosti.

Metodika a charakteristika prieskumnej vzorky

Na základe literárneho prehľadu (Lambert & Lambert, 2008; Murray, 2005) sme v úvode získali prehľad o dostupných metódach pre účely hodnotenia konfliktných a záťažových situácií na pracovisku. V rámci selekcie adekvátnych metód v práci sme v konečnej fáze vytvorili dotazník vlastnej konštrukcie na posúdenie zvládnutia konfliktných situácií v záujme efektívnejšej spolupráce s prieskumnou vzorkou, čo do prístupnosti obsahovej náplne a informácii dotazníka. Jednotlivé zistenia sme spracovali

prostredníctvom využitia deskriptívnej štatistiky

Oslovili sme 60 sestier v ošetrovateľskej starostlivosti v NsP Sv. Jakuba n. o. Bardejov na oddeleniach akútnej starostlivosti (Jednotka intenzívnej starostlivosti) a na oddeleniach dlhodobej starostlivosti (LDCH – Liečebňa dlhodobo chorých, Rehabilitačné odd.). Návratnosť dotazníkov bola 93,4 %. Reálne bolo vyhodnotených 56 dotazníkov, kde išlo o 29 sestier z oddelení akútnej starostlivosti a 27 sestier z oddelení dlhodobej starostlivosti.

Prieskumná vzorka bola rôznorodá z hľadiska veku, dĺžky praxe a vzdelania. Najväčšie zastúpenie v rámci prieskumu mala veková kategória v rozpätí od 31 do 40 rokov, a to 35,7 %, z hľadiska dĺžky praxe najväčšie zastúpenie mala skupina sestier, ktorá mala odpracované viac ako 21 a viac, a to (42,9 %). V rámci vzdelania bolo v prieskume najviac zastúpených respondentov so stredoškolským vzdelaním (42,9 %).

Výsledky

Konflikty sú dôležitou problematikou ošetrovateľstva, majú tendenciu narušovať a meniť interpersonálne vzťahy, deštruovať pracovnú atmosféru a niekedy aj status oddelenia. Faleide et al. (2010) uvádza, že predpokladom narušenia harmónie medziľudských vzťahov sú najmä nevyjasnené pocity frustrácie, obštrukcie a dlhodobá tenzia osoby.

V súvislosti so vznikom konfliktu môžeme hodnotiť zastúpenie všetkých členov zdravotníckeho tímu. Náročnú interakciu vo vzťahu sestra – sestra sme zaznamenali v rámci dlhodobej starostlivosti (25,9 %), čo potvrdzuje dominanciu ošetrovateľskej starostlivosti, teda zastúpenie intervencií sestier. Naopak, sestry pri poskytovaní akútnej starostlivosti sa nachádzajú v častejšom kontakte s lekárom, čo predpokladá aj možnosť konfliktu (20,7 %). Najväčšie zastúpenie v rámci konfliktu sme zaznamenali medzi sestrou a iným zdravotníckym pracovníkom (ďalej IZP), v akútnej starostlivosti (ďalej AS) – 58,6 % a v dlhodobej starostlivosti (ďalej DS) išlo o 59,3 %. Uvedený fakt potvrdzuje nevyhnutnosť zastúpenia multidisciplinárneho tímu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (tab. 1).

Tabuľka 1 Účastníci konfliktu

	Sestry v akútnej starostlivosti		Sestry v dlhodobej starostlivosti	
	Abs. číslo	Relat. číslo %	Abs. číslo	Relat. číslo %
sestra - sestra	3	10,3	7	25,9
sestra - lekár	6	20,7	3	11,1
sestra – iný zdravotnícky pracovník	17	58,6	16	59,3
sestra - manažér zariadenia/ oddelenia	3	10,4	1	3,7

Ako sme predpokladali, AS disponuje množstvom jednotlivých výkonov a ich časovým obmedzením a urgenciou. Nedostatok času na vykonanie vlastnej práce ako najčastejší dôvod konfliktu uvádzali sestry v AS (62,1 %). Zároveň to súvisí

so zabezpečením potrebného množstva personálu na oddelení, čo tiež potvrdili sestry v AS (31 %). DS predstavuje určitú záťaž nielen z hľadiska ošetrovateľských intervencií, ale aj z pozície medziľudských vzťahov (sestry v DS - 14,8 %) (tab. 2).

Tabuľka 2 Možný dôvod konfliktu

	Sestry v akútnej starostlivosti		Sestry v dlhodobej starostlivosti	
	Abs. číslo	Relat. číslo %	Abs. číslo	Relat. číslo %
nedostatok času na vykonanie vlastnej práce	18	62,1	16	59,3
medziľudské vzťahy na pracovisku	2	6,9	4	14,8
zlá komunikácia s personálom oddelenia	0	0	0	0
nedostatok personálu na oddelení	9	31	7	25,9

Sebestačnosť pri výkone povolania u sestier v AS potvrdzuje fakt, že konkrétnu situáciu riešia vždy samostatne, kým sestry v DS sú „zaťažené“ určitým režimom. Tento fakt nebol u sestier spájaný s mediáciou v súvislosti s aktivitou tretej osoby. Rovnako pri riešení

konfliktu sa odvolávajú na nadriadeného (44,5 %). Facilitáciu ako alternatívnu metódu riešenia konfliktu dokáže využiť iba 1 sestra v AS. V rámci zistených výsledkov zaznamenávame aj subjektívny postoj pri riešení konfliktov (tab. 3).

Tabuľka 3 Metódy riešenia konfliktu

	Sestry v akútnej starostlivosti		Sestry v dlhodobej starostlivosti	
	Abs. číslo	Relat. číslo %	Abs. číslo	Relat. číslo %
asertívny postup	10	34,5	6	22,2
privolanie inej osoby	3	10,3	4	14,8
riešenie problému výlučne s nadriadeným	10	34,6	12	44,5
subjektívny postoj	5	17,2	5	18,5
iné (facilitácia)	1	3,4	0	0

Časová bariéra sa ukazuje ako najväčšia bariéra pri riešení konfliktov v AS (58,6 %). Závažnou je však neochota komunikovať, ktorá u sestier v DS jednoznačne dominuje

(74,1 %). Sestry v AS disponujú lepším materiálno-technickým vybavením, ktoré naopak je v DS väčšou prekážkou pri riešení konfliktov (tab. 4).

Tabuľka 4 Prekážky pri riešení konfliktov

	Sestry v akútnej starostlivosti		Sestry v dlhodobej starostlivosti	
	Abs. číslo	Relat. číslo %	Abs. číslo	Relat. číslo %
časová bariéra	17	58,6	3	11,1
neochota komunikovať	10	34,5	20	74,1
nedostatočné materiálne - technické vybavenie	2	6,9	4	14,8
iné (osobné predpoklady, psychické aspekty)	0	0	0	0

Diskusia

Žilinčík (2011) uvádza, že ak rozumieme dôvodom vzniku konfliktných situácií a poznáme ich prejavy a možné následky, môžeme vytvoriť postupy na minimalizáciu počtu konfliktov. Skúmané skupiny sestier potvrdili, že samotné sestry vo vzťahu k INZ majú v prieskume najväčšie zastúpenie ako účastníci konfliktov (v akútnej starostlivosti – 58,6 % a v dlhodobej starostlivosti – 59,3 %). Znamená to, že manažéri oddelení by mali venovať väčšiu pozornosť kontinuálnemu vzdelávaniu práve u IZP, ktorý prichádza na oddelenia s rôznym typom vzdelania a často u neho absentuje odborná príprava z oblasti sociálnych vied. Zistenia tiež potvrdzujú určitú diferenciaciu a špecifickosť oddelení. Kým v AS sestry najviac spolupracujú s lekárom (čo vplyva aj na vznik konfliktov – 20,7 %), v DS sestry najviac spolupracujú s inými sestrami (čo potvrdzuje charakter ich práce a výskyt konfliktov – 25,9 %). V minulosti boli štúdie

interpersonálnych vzťahov zamerané na vzťah lekár – sestra. V súčasnosti sestry nadobúdajú autonómiu svojho povolania, a napriek každodennej interakcii s lekárom evidentný problém vo vzťahu sestra – lekár má klesajúcu tendenciu. Zaujímavé výsledky v tejto oblasti boli hodnotené v americkej štúdií, kde Rosenstein (2002) vo svojom výskume sledoval nevhodné správanie lekárov, sestier a jeho dopad na klinické výsledky. Dotazníky boli distribuované v 50 nemocniciach (VHA – Value Health Association, West Coast) v USA, kde skúmali odpovede u viac ako 1500 účastníkov. Cieľom štúdie bolo zhodnotiť, ako je vnímaný dopad nevhodného správania vo vzťahoch lekár – sestra a určiť, aký vplyv majú tieto aspekty na vybrané premenné, ktoré ovplyvňujú starostlivosť o pacienta. Medzi skúmané psychologické a behaviorálne premenné patrili: stres, frustrácia, koncentrácia, tímová spolupráca, príjem a posun informácií a komunikácia. Ukázalo sa, že sestry sa správali nevhodne

približne v takom rozsahu ako lekári. Väčší počet respondentov uviedol, že nevhodné správanie ako lekárov, tak aj sestier malo negatívny vplyv na stres, frustráciu, koncentráciu, komunikáciu, spoluprácu, predávanie informácií a vzťahy na pracovisku.

Najčastejšia príčina konfliktov, zisťovaná v nami vykonanom prieskume má evidentnú súvislosť s náplňou práce na skúmaných oddeleniach. Keďže AS charakterizuje nevyspytateľnosť jednotlivých výkonov náročných na čas, jeho nedostatok uvádzali sestry až v 62,1%. Sestry v DS by tiež uvítali vyššiu časovú dotáciu, keďže ju tiež uvádzajú ako najväčší dôvod konfliktov (59,3 %).

Dimunová, Nagyová (2012) zisťovali v rozsiahlej štúdií vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u 844 sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. Priemerný vek respondentov bol 42,34 rokov, $SD \pm 8,61$. Priemerná dĺžka praxe respondentov bola 22,59 rokov, $SD \pm 9,36$, pričom najkratšie trvanie praxe 1 rok a najdlhšie 45 rokov. Údaje získavali pomocou štandardizovaného dotazníka MBI, Maslach Burnout Inventory od Maslacha, Jacksona z roku 1981. Dotazník bol zverejnený na internetových stránkach SKSaPA (Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek) a internetových stránkach WHO (World Health Organisation) kancelárie na Slovensku. Sestry pracujúce v období od 1–3 rokov a v dobe 5 rokov a viac mali signifikantne vyšší výskyt syndrómu vyhorenia. Výsledky poukázali na fakt, že vzťah medzi dĺžkou praxe a syndrómom vyhorenia je nelineárny. V rámci dotazníka (22 položiek) skúmali okrem iného tri dimenzie: emocionálne vyčerpanie (EE – emotional exhaustion), depersonalizácia (DP - depersonalization) a osobné uspokojenie (PS - personal satisfaction). Zistili, že štatisticky významný rozdiel bol v dimenzii EE ($p \leq 0,001$) a v dimenzii DP ($p \leq 0,05$). V našom prieskume boli najviac zastúpené sestry s dĺžkou praxe viac ako 21 a viac (42,9%). Rovnako sestry s dĺžkou praxe v rozsahu 11 až 20 rokov vykazovali až 30,4 % zastúpenie. Podľa výskumu Dimunovej, Nagyovej (2012) uvedená skupina sestier má veľké riziko syndrómu vyhorenia.

Asertívny spôsob riešenia konfliktov uviedli v našom prieskume len 34,5 % sestier v AS a 22,2 % sestier v DS. Alternatívne metódy riešenia konfliktov (mediácia, facilitácia) poznajú rovnako sestry v AS vo vyššej miere (65,5 %) ako sestry v DS, z ktorých 18,6 % o týchto metódach nič nevie. Plamínek (2006) uvádza niekoľko možností riešenia konfliktov, akými sú pasivita (riešenie je nevýhodné pre jedného z účastníkov konfliktu, prípadne aj pre všetkých zúčastnených), násilie (riešenie konfliktu obsahuje podstatu budúcich konfliktov), delegovanie (zúčastnení konfliktu požiadajú inú autoritu mimo sporu, aby ona rozhodla za nich) a napokon forma jednania (účastníci konfliktu spoločne diskutujú o danom probléme a prostriedkom dohody je diskusia). Úspešné vyriešenie konfliktu je charakterizované spokojnosťou oboch strán. Moderným prístupom v riešení konfliktov je autoritatívne riešenie konfliktov, kde Bednařík (2001), Kusá (2006) upozorňujú na presadenie sa silou, kde silnejšia strana presadí svoje záujmy silou bez ohľadu na druhú stranu (medzi stranami nie sú žiadne dohody a každá z nich presadzuje svoje záujmy, neriešia však podstatu konfliktu); rozhodnutie autoritou – ide o súdny spor, kde sudca alebo senát rozhoduje v spore na základe podkladov; arbitráž – arbitér (rozhodca) ako nezávislá tretia osoba po vypočutí sporiacich sa strán a podľa platného právneho poriadku nájde právne riešenie sporu. Riešenie sporu určené arbitrážou je záväzné, avšak účasť v nej je dobrovoľná, čím sa líši od bežného súdneho pojednávania.

V praxi sa často využíva alternatívne riešenie konfliktov, kde podľa Zimovej (2008) patrí facilitácia (facilitare, lat. uľahčiť) ako uľahčenie komunikácie. Facilitátor nenavrhuje riešenie, musí byť nestranný a asertívny z hľadiska percepcie oboch strán; mediácia – ide o spôsob riešenia sporu, kde mediátor ako tretia nezávislá a nezaujatá osoba pomáha identifikovať záujmy oboch strán a hľadať konštruktívne riešenia; zmierovanie oboch strán je zamerané na vytvorenie alebo znovu obnovenie medziľudských vzťahov medzi stranami; vyjednávanie – je spôsob riešenia konfliktov v zmysle objasňovania postojov a záujmov, ktoré sa snažia dosiahnuť dohodu (Zimová, 2008).

Obrovským benefitom pri riešení konfliktov v zdravotníckych zariadeniach by bolo uplatňovanie mediácie. Mnohé konflikty by nemuseli byť riešené prostredníctvom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ale prostredníctvom mediálneho procesu, ktorý by vykonával profesionálny pracovník (vedúca sestra, úseková sestra alebo sestra s požadovaným vzdelaním). Efektivita mediácie by priniesla časový bonus pre konfliktne strany, komplexnosť informácií o probléme, diskretnosť informácií v rámci vnútri organizácie a v konečnom dôsledku ekonomické výhody (ušetrenie finančných prostriedkov pri súdnych procesoch). Mediácia prináša do zvládania konfliktov mnoho pozitív - rýchlosť, ústretovosť, vzájomnú dôveru, rovnoprávnosť účastníkov a dobrovoľnosť (Mračko, 2006).

V našom prieskume pre sestry v AS je najväčším problémom pri riešení konfliktov časová bariéra (58,6 %). Konflikty vplyvajú negatívne najmä na pracovné vzťahy, čo potvrdilo až 88,9 sestier v DS a 75,9 % sestier v AS. Haroková, Gurková (2012) vykonali zaujímavé štúdiu u 499 sestier zo šiestich nemocníc v ČR (Českej republike), kde zisťovali faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. Výskumnú vzorku tvorilo 499 sestier. Pracovná spokojnosť sestier bola posudzovaná prostredníctvom dotazníka McCloskey/Mueller Satisfaction Scale podľa Curtisa (2007). Ide o dôležitý ukazovateľ funkčnosti zdravotníckeho systému, je zárukou spokojnosti sestier a bezkonfliktnej atmosféry na pracovisku. Faktory pracovného prostredia sa najčastejšie delia na exogénne faktory (ekonomické, organizačné, kultúrne, demografické) a endogénne faktory (psychologické a sociálne aspekty - ide o faktory osobnosti a prežívania sestier). Vo vzťahu ku pracovnej spokojnosti boli ako významné prediktory skúmané stratégie zvládania záťaže (Haroková, Gurková, 2012). Pracovná spokojnosť sestier bola zisťovaná prostredníctvom McCloskey/Muellerovy škály spokojnosti, od autorov Mueller CW, McCloskey JC (1990). Ide o najčastejšie využívaný nástroj merania pracovnej spokojnosti sestier. Výsledky výskumu potvrdili, že najvyššia miera pracovnej spokojnosti sestier bola v subškále spolupracovníci a najnižšia v subškále vonkajšie ohodnotenie. Vzťahy s nadriadeným, sestrami a spokojnosť s metódou poskytovanej starostlivosti patrili medzi položky s najvyššou mierou spokojnosti. Naopak spokojnosť s platovým ohodnotením, zariadeniami na podporu starostlivosti a sociálnymi benefitmi patrili medzi položky s najnižšou mierou spokojnosti. Zistili tiež, že sestry na štandardných oddeleniach uvádzali vyššiu celkovú pracovnú spokojnosť ($p < 0,0001$) i spokojnosť vo všetkých subškálach v porovnaní so sestrami z JIS/OAIM (hodnoty na hladine významnosti – p sa pohybovali v rozsahu od 0,07 do 0,0001). Sestry, ktoré pracovali na štandardných oddeleniach boli spokojnejšie s vonkajšími odmenami (odmenami iných) ako sestry pracujúce v ambulanciách ($p = 0,01$). Sestry pracujúce na JIS/OAIM uvádzali vyššiu pracovnú spokojnosť s plánovaním, harmonogramom práce

($p < 0,0001$), pochvalou a uznaním na pracovisku ($p = 0,001$) ako sestry na ambulanciách. Druh pracoviska sa potvrdil ako faktor, ktorý môže ovplyvniť pracovnú spokojnosť sestier. Sestry, ktoré pracovali na lôžkových oddeleniach boli vo väčšej miere spokojné vo všetkých oblastiach práce v porovnaní so sestrami pracujúcimi na JIS, kde je ich práca charakterizovaná vyššou psychickou a fyzickou záťažou. V nami realizovanom prieskume sme rovnako zaznamenali rozdiely v názoroch na riešenie konfliktných situácií v súvislosti s druhom pracoviska, kde medziľudské vzťahy na pracovisku boli väčším problémom u sestier v DS (14,8 %) a neochota komunikovať sa potvrdila u 74,1 % sestier v DS. V práci sa potvrdil vyšší status sestier v AS, pretože až 44,5 % sestier v DS by vzniknutý problém (v rámci konfliktnej situácie) riešilo výlučne s nadriadeným. Ukázalo sa, že druh pracoviska výrazným spôsobom ovplyvňuje profesionálne smerovanie sestier a ich etablovanie v rámci ošetrovateľstva.

Záver

Komparácia sestier v AS a sestier v DS potvrdila vplyv rôznorodosti prostredia a typu práce na konfliktné situácie. Sestry na akútnych oddeleniach disponujú väčšou autonómiou a flexibilitou v porovnaní so sestrami v dlhodobej starostlivosti. Dopad konfliktov na pracovnú klímu je negatívny, ak nie sú použité konštruktívne metódy. Z mnohých spôsobov riešenia konfliktu pozitívny prínos do praxe predstavuje mediácia. Ide o vhodnú metódu riešenia sporov pre obe zainteresované strany a najmä je ekonomicky nenáročná. Pre manažérov konkrétnych oddelení je dôležité zabezpečiť dostupnosť rôznych vzdelávacích programov, ale najmä vytvoriť najmä dobrú pracovnú atmosféru, ktorá zabezpečí štandardné interpersonálne vzťahy bez rušivých elementov. Odporúčame vytvárať nové príležitosti pre spoluprácu a komunikáciu prostredníctvom otvoreného fóra, skupinových diskusií a spoločných seminárov. Od manažéra sa očakáva profesionálny postup pri riešení konfliktov, ako vypočutie oboch strán, zabezpečenie adekvátneho prostredia pri riešení protikladov, nezaujatosť vedúceho pracovníka a iné. Štěpaník (2010) potvrdzuje, že dobrého manažéra vnímame podľa profesionálnych prejavov jeho komunikácie.

Literatúra

1. Bednařík, A. 2001. *Riešenie konfliktov: príručka pre pedagógov a pracovníkov s mládežou*. Bratislava: Centrum prevencie a riešenia konfliktov, Partners for Democratic Change Slovakia, 2001. 201 s. ISBN 80-968095-4-7.
2. Bubeníková, M. 2008. Ako zvládnuť problémových ľudí. *Sestra*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, s.r.o., 2008. roč. III., č. 6-7, s. 46-47. ISBN 1335-9444.
3. Curtis E, A. 2007. Job satisfaction: A survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review*. 2007, Vol. 54, No. 1, pp. 92-99.
4. Dimunová, L., Nagyová, I. 2012. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *Profese on-line*, roč. V/1, duben 2012. ISSN 1803-4330. [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné na: <http://profeseonline.upol.cz/vztah-medzi-syndromom-vyhorenia-a-dolzku-praxe-u-sestier-a-porodnych-asistentiek-na-slovensku/>

5. Faleide, A, O., Lion, L, B., Faleide, E, K. 2010. *Vplyv psychiky na zdraví*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
6. Haroková, S., Gurková, E. 2012. Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. In. *Kontakt*: 14/4: 401-409. ISSN 1212-4117.
7. Kilíková, M. Jakušová, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008. s. 27-46. ISBN 978-80-8063-290-8.
8. Křivohlavý, J., Pečenkova, J. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004, 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
9. Kusá, D. 2006. *Riešenie konfliktov* II. vyd. Bratislava: Mirius, 2006, 1. vydanie, 66 s.
10. Lambert, V. A., Lambert. C. E. 2008. Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. [online]. 2008. [cit. 2011-01-10]. Dostupné z: www.jpalliativecare.com/text.asp?2008/14/1/38/41934.
11. Mračko, M. 2006. *Konkurzné, exekučné a rozhodcovské konania a mediácia*. 1. vydanie. Bratislava: Epos, 2006. s. 387-399. ISBN 80-8057-659-9.
12. Mueller CW, Mc Closkey JC. 1990. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nurs Res*. 1990 Mar-Apr;39(2):113-7.
13. Murray, R. 2005. *Working well initiative. Managing your stress. A guide for nurses*. London: Royal College of Nursing [online]. 2005. [cit. 2010-01-11]. Dostupné z: www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78515/001484.pdf.
14. Plamínek, J. 2006. *Jak řešit konflikty*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 11-68. ISBN 80-247-1591-0.
15. Rosenstein, A. H. 2002. Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *American Journal of Nursing*, 2002, 102, č. 6, s. 26-34.
16. Štěpaník, J. 2010. *Nejčastější chyby a omyly manažerské praxe*. Praha: Grada Publishing a. s. 109 s. ISBN 978-80-247-2494-2.
17. Wilmont, W, W., Hockerová, J, L. 2004. *Interpersonálny konflikt*. Bratislava: Ikar. 2004, 488 s. ISBN 80-551-0832-3.
18. ZIMOVÁ, Z. 2008. *Riešenie konfliktov medzi žiakmi*. Bratislava: Raabe, 2008, 1. vydanie, 30 s. ISBN 80-891-8207-0.
19. Žilinčík, M. 2011. *Negatívne následky konfliktov a ako im predchádzať*. Manažment projektov softvérových a informačných systémov, 2011, s. 1-7. [cit. 27. 11. 2012]. Dostupné na: <http://www2.fiit.stuba.sk/~bielik/courses/msi-slov/msi-main.html>.

Kontakt:

PhDr. Anna HUDÁKOVÁ, PhD.
 Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva
 Partizánska, 1; 080 01 Prešov
 E-mail: Anna.Hudakova@unipo.sk
 tel.: +421 51 7562 460

Využitie psychobiografického modelu v geriatrickom a gerontopsychiatrickom ošetrovatel'stve

Paulína Hudáková¹, Katarína Zajacová²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

²Dom sv. Jozefa, Prešov

Súhrn

Poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti geriatrickým a gerontopsychiatrickým pacientom s demenciou si vyžaduje vysokú mieru profesionality sestier. Tá je badateľná ako pri vykonávaní odborných výkonov, tak aj v prístupe k týmto pacientom, s ktorými je neraz obtiažne komunikovať, či spoločne vytyčovať dlhodobé ciele starostlivosti. Ak však sestra porozumie biografickej histórii pacienta a dokáže ju efektívne zakomponovať do starostlivosti, môže pacientovi dopomôcť k oživeniu jeho psychiky a tým ho celkovo zmobilizovať, čo je ústredným cieľom psychobiografického modelu prof. Böhma.

Kľúčové slová: Geriatrický pacient. Demencia. Psychobiografický model. Ošetrovateľská starostlivosť. Geriatrické ošetrovatel'stvo. Gerontopsychiatrické ošetrovatel'stvo.

Summary

The provision of complex nursing care to geriatric and psychogeriatric patients with dementia requires a high degree of professionalism of the nurses. It is visible in the performance of medical interventions as well as in the approach to the patients, with whom it is hard to communicate or set long time targets for care. However, if the nurse understands the biographical history of the patient and can work it effectively into the care, it can help the patient to revive his psyche and in such a way mobilize him. It is the main target of the Psychobiographical Model of Prof. Böhm.

Key words: Geriatric patient. Dementia. Psychobiographical Model. Nursing care. Geriatric nursing care. Psychogeriatric nursing care.

Úvod

Každý z modelov ošetrovateľskej starostlivosti je určený konkrétnym skupinám pacientov vzhľadom na ich ochorenie, potreby, stupeň adaptability, či rôzne aspekty zistené pri získavaní ich komplexnej anamnézy. Niektoré z modelov sestry poznajú len teoreticky počas získavania adekvátneho vzdelania, niektoré sú naopak denne komponované v ošetrovateľskej praxi pri poskytovaní starostlivosti na rôznych častiach zdravotníckych zariadení, alebo v sociálnej oblasti. Medzi vysoko špecifické patrí aj psychobiografický model prof. Erwina Böhma.

Je využívaný najmä v oblasti geriatrickej a gerontopsychiatrickej starostlivosti, a kladie si za cieľ čo najviac podporovať schopnosť sebaopatery seniora za pomoci princípu oživenia jeho psychiky [6].

Model prof. Böhma v geriatrickom a gerontopsychiatrickom ošetrovatel'stve

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti geriatrickým pacientom je v rámci získavania kompletnej ošetrovateľskej anamnézy veľmi dôležitým fenoménom zistenie ich psychosociálnej anamnézy. ňou môže sestra zistiť a dokumentovať ako pacient zmenu svojho celkového stavu prežíva a ako táto zmena ovplyvňuje jeho sociálnu situáciu. Pre prax to znamená nepodceňovať psychosociálne súvislosti, ktoré sú v starobe vysoko významné pre motivačnú schopnosť seniora chcieť dosiahnuť zlepšenie fyzického stavu, ak je to možné [2].

Sestry pracujúce na oddeleniach geriatrickej, gerontopsychiatrickej, či v sociálnych zariadeniach pre seniorov môžu s istotou potvrdiť nutnosť poznania biografického kontextu pacienta, na základe ktorého vedú pacientovi poskytnúť čo najkvalitnejšiu starostlivosť, pretože dokážu vnímať spôsob myslenia, komunikácie a predchádzajúceho životného štýlu pacienta.

Vedia sa teda aj adekvátne priblížiť pacientovi spôsobom, ktorý je ním prijateľný, nevyvoláva nežiaduce reakcie a napomáha cieľu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Potvrďuje to i Procházková, ktorá podobne uvádza: „Najvyšším cieľom v práci s biografiou je porozumenie životnej histórie klienta. Až na základe tohto ľudského porozumenia je možné poskytovať adekvátne služby a individualizovanú starostlivosť seniorovi s úctou a rešpektom k dôstojnej hodnote staroby.“ [6, s. 22].

Prof. Böhm teda zdôrazňuje úlohu komplexného pohľadu na človeka ako na osobu, ktorá má svoju biografickú históriu. Poukazuje na tri aspekty – znovuoživenie psychiky pacienta, oživenie záujmu ošetrojúceho personálu a rozšírenie vnímania spoločenskej normality. To v praxi napríklad znamená, že je nutné najprv aktivovať psychiku seniora, aby mohlo dôjsť k motivácii v oblasti sebaopatery [6].

Ako vo svojej práci uvádza Pospíšilová, ide o princíp plného využitia naučených automatizmov a rituálov pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Napríklad časovo dezorientovaného pacienta, o ktorom z anamnézy, či biografie vieme, že pred nočným odpočinkom tradične venoval čas čítaniu, môžeme zorientovať podaním knihy, na základe čoho je sám schopný zorientovať sa v čase a uvedomiť si, že je noc [4, s. 46]. Je teda schopný uvedomiť si, že je čas na nočný odpočinok. Tento spôsob zorientovania pacienta je iste efektívnejší a profesionálnejší ako mnohokrát najčastejšie preferovaná zvyklosť podania hypnotík aj v prípadoch, keď nie sú jedinou možnou voľbou, no sekundárne zabezpečia žiadané upokojenie pacienta. Tu však treba myslieť i na holistický prístup k pacientovi a zvážiť, či citlivý prístup personálu už zákonite nenavodí vnútorné upokojenie a dôveru u pacienta a nie je tak vždy nutné pristupovať k medikamentóznemu podaniu

hypnotík, ktoré neraz prispieva k zvýšeniu miery imobility, nesebeťažnosti a malátnosti, ktoré pre pacienta nie sú žiaduce a nijako neprispievajú ani k zvyšovaniu kvality poskytovania ošetrovatel'skej starostlivosti.

Pri profesionálnom postupe by si ošetrujúci personál mal predovšetkým ujasniť svoj postoj k pacientovi, dbať na to, aby ho nepoškodil; čo najskôr získať o ňom informácie: akú skúsenosť si prináša (aby mu napríklad nepúšťali hudbu, o ktorú nestojí, ba neznaša ju), pohybovať s ním tak, ako je to prirodzené jemu a nie ako to vyhovuje ošetrujúcim. Zásadou je integrovať do choroby život človeka [1].

Aj v tomto kontexte model prof. Böhma poukazuje na podporu porozumenia medzi poskytovateľom a príjemcom starostlivosti. Cieľom modelu je totiž naučiť personál porozumieť pacientom, aby sa odklonili od dogmy, že pacient s demenciou je nekomunikatívny a náročný na starostlivosť [8]. Ak je však motivovaný pochopením personálu, starostlivosť môže byť skutočne zameraná aj na udržanie, resp. zvýšenie sebestačnosti do čo najvyššej možnej miery počas zostávajúceho života seniora.

Böhm tvrdí, že pokiaľ človek nemá motív prečo ďalej žiť, nemá ani chuť napr. hýbať nohami, umyť sa, chodiť. Nemá k tomu dôvod. Z dôvodu nedostatku motivácie tak dochádza k deficitu v oblasti sebaopatery [6].

Túto súvislosť akcentuje aj všeobecná holistická filozofia ošetrovatel'stva, ktorá vidí pacienta ako celok. Nedegraduje ho na súhrn častí, ale vidí medzi nimi vzájomný vzťah a ovplyvniteľnosť. Zmena jednej časti celku následne vyvolá zmeny v celku ako takom, čím sa celok mení [3].

Model prof. Böhma v kontexte metaparadigmatickej koncepcie [9]

Ošetrovatel'stvo je aplikovaná veda, teda nielen teoretická, preto jeho podstatou nebude len poznávať, opisovať, chápať, vysvetľovať, ale v prvom rade vyzdvihnúť do popredia praktický rozmer, zachovať resp. obnoviť zdravie alebo eliminovať chorobu. Predmetom ošetrovatel'stva je skúmať aspekty starostlivosti o jedinca, skupiny; interakciu a determináciu medzi osobou, zdravím, prostredím a ich požiadavky na uspokojovanie potrieb. Metaparadigmatická koncepcia, ktorá determinuje teóriu a prax psychobiografického modelu prof. Böhma vo všeobecnej rovine, popisuje osobu, prostredie, zdravie a ošetrovatel'stvo takto:

Osoba

Už v starom Grécku bol človek definovaný ako súbor troch zložiek: telo (physis), duša (psyche alebo thymos) a duch (noos). Každý človek má tiež svoje špecifické prostredie, svoju osobnú históriu – biografii. Všetky tieto komponenty sú v stálej interakcii. Osobu hodnotí zo štyroch hľadísk – thymopsychické (emočné), noopsychické (kognitívne), biografické (individuálne, regionálne, historicko-spoločenské) a ošetrovatel'ské.

Prostredie

Prostredie ovplyvňuje každého jedinca zdravého i chorého v každom vývinovom období. Prostredie má tiež svoju terapeutickú hodnotu - melietherapia znamená inštitucionálne prostredie čo najviac prispôbiť pôvodnému prostrediu seniora. Psychobiografická normalita pacienta je biograficky definovaná individualita osoby vo vzťahu k prostrediu.

Zdravie

Böhm sa vo svojej definícii zdravia popisuje zdravie ako stav optimálnej schopnosti výkonu rolí a úloh dôležitých pre socializáciu človeka. Vychádza z domnienky, že zdravie je primárne podmienené geneticky, sekundárne ovplyvnené samotnou osobou, životným štýlom a následne prostredím. Zdravie, v zmysle duševného zdravia, je všetko, čo je v spoločnosti uznané ako norma. Normalita a zdravie sú výslednými produktmi socializačnej konštrukcie.

Choroba

Choroba znamená neschopnosť výkonu aktivít odpovedajúcich danému veku. „Byť chorým“ odlišuje Böhm od termínu „choroba“. Tvrdí, že vždy máme čo do činenia v prvom rade s človekom samotným, ktorý žije so symptómami ochorenia vo vzťahu k okoliu. Ochorenie, napr. demencia, je tu interpretovaná ako životná fáza osoby postihnutej demenciou (špeciálna forma staroby).

Ošetrovatel'stvo

Cieľom poskytovanej starostlivosti je obnovovanie oživenia duše starého človeka, ktorú Böhm vníma ako retrográdny návrat k vývinovým fázam popísaných vo vývinovej psychológii Eriksona. Pokiaľ sa chceme starať o starého človeka, musíme sa v našom myslení a konaní preorientovať na biografiiu pacienta. Vedľa terapeutických intervencií je rovnako dôležité dbať na medziľudské vzťahy. Tie sú smerodajné pre psychický a fyzický uzdravovací proces, kde zohráva centrálnu rolu osoba poskytujúca starostlivosť ako nenahraditeľný vzťah. Ošetrovatel'stvo sa má akoby oddeliť od somatizácie a socializácie duševných problémov a má sa stať systematickou starostlivosťou o „dušu“ pacienta. Holistický prístup v ošetrovatel'stve musí prednostne skvalitniť komunikáciu, pre ktorú nutne potrebujeme čas, ktorý často nie je v praxi dostupný a neraz sa stráca v tzv. pseudo-medicínskej starostlivosti a lekárskej starostlivosti. Predstavy Böhma sú vysoko politické, ide mu o chránenie záujmov starých, dezorientovaných a chorých pacientov.

Psychobiografický model vystihuje v starostlivosti aktivizujúci, podporujúci pozitívny potenciál pacienta a vníma ho ako osobnosť, ktorá prežíva životnú fázu staroby. Ochorenie je sekundárne, prioritný je pocit pohody pacienta, ktorý má zmenené spôsoby správania a sestra by mala byť profesionálne zdatná týmto zmenám spôsobov správania pacienta porozumieť a akceptovať ich. Na základe vývinovej psychológie Eriksona, ktorý popísal jednotlivé životné úseky, a to od narodenia po obdobie staroby, ale starobu fyziologickú bez prítomnosti ochorenia, Böhm popísal 7 fáz regresie v období starnutia pre seniora so zmenami správania. Tieto fázy regresie sú zrkadlovým odrazom vývinových stupňov popísaných Eriksonom a Freudom. Pre určenie štádia regresie je pomocným nástrojom diagnostický systém vypracovaný Böhmom, ktorý hodnotí tabuľkovým systémom.

Najprv na základe určeného stupňa regresie je zvolená forma starostlivosti: aktivačnej, re-aktivačnej, stimulačnej. Diferenciálny diagnostický systém je podkladom aj pre použitie prvkov bazálnej stimulácie, pokiaľ je u pacienta stanovená hlboká regresia č. 7.

Tabuľka 1 Psychogeriatrické skóre prof. E. Böhma (Diferenciálna diagnostika), [9]

Interakčné stupne	I. Emócie	II. Psychomotorika	III. Schopnosť kontaktu	IV. Vôľa a podnety	V. Orientácia	VI. Pamäť	VII. Formálne myslenie
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
Celkom							

Najprv na základe určeného stupňa regresie je zvolená forma starostlivosti: aktivačnej, re-aktivačnej, stimulačnej. Diferenciálny diagnostický systém je podkladom aj pre použitie prvkov bazálnej stimulácie, pokiaľ je u pacienta stanovená hlboká regresia č. 7.

V bodovom systéme 1 – 7 sú výsledky hodnotení emočnej stability pacienta spracovateľné do ošetrovateľskej dokumentácie, či do dokumentačných zložiek rozvojových plánov sociálnych pracovníkov [7].

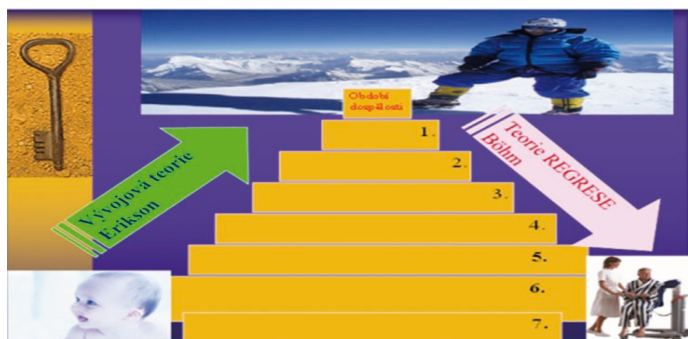
Aktivačná forma starostlivosti je charakteristická tým, že pacient je maximálne integrovaný do starostlivosti, podpory jeho sebastačnosti a udržania schopností sebaurčenia a vlastnej zodpovednosti. Postoj personálu tu zohráva dôležitú úlohu, nakoľko systém vzdelávania zdravotníckeho personálu v minulosti apeloval na takú starostlivosť, kedy takmer všetky úkony vykonával za osobu pacienta.

Re-aktivačná starostlivosť podľa Böhma je charakterizovaná využitím impulzov z biografie pacienta k znovuoživeniu psychiky seniora a tým i schopnosti sebaopatery. Naučené automatizmy a rituály pacienta sa plne využívajú pri poskytovaní starostlivosti. Re-aktivačná starostlivosť nie je praktizovanie aktivačnej metódy starostlivosti, využívajúce poznatky z biografie pacienta, ale je to špecifická forma starostlivosti zahrňujúca re-animáciu psychiky a duše starého človeka. Na základe určenia psychobiografickej normality seniora, ktorá je následne implementovaná do starostlivosti formou adaptácie inštitúcie na danú normalitu pacienta. V súčasnosti je tomu práve naopak, senior sa musí prispôbovať inštitúcii poskytujúcej starostlivosť, kde je vypracovaný adaptačný plán pre pacienta [9].

Determinanty praktického využitia psychobiografického modelu prof. Böhma

Prvotné spôsoby poskytovania komplexnej starostlivosti boli zamerané na uspokojovanie potrieb pacienta, a to osobitne na biologické potreby a výkon intervencií. Nové modely starostlivosti sú zamerané predovšetkým na personál, na jeho vedomosti a aplikačné schopnosti v interakcii s pacientom. Psychobiografický model tiež obsahuje filozofiu starostlivosti, jej prioritné zameranie, pracovné nástroje a dokumentačný systém. Mnohé modely boli spracované najmä pre psychicky zdravých ľudí so somatickým ochorením. Böhmu sa zameriava na človeka s jeho zmenenou psychikou, preto je tento model využívaný u pacientov so symptómom demencie. Ďalšie rozdiely v ponímaní doterajších modelov sú popísané nasledovne v ich statickom ponímaní, no Böhmov model starostlivosti je variabilný, podporujúci kreativitu personálu v poskytovaní priamej starostlivosti. Model má permanentný priestor pre ďalší vývoj a zdokonalenie. Sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť podľa tohto modelu sú nútené stále premýšľať, ako maximálne podporiť pacienta v jeho sebastačnosti v súvislosti s jeho celoživotne naučenými zvyklosťami a rituálmi (coping).

Cieľom modelu je tiež naučiť personál porozumieť pacientom, čo je pre nich prioritné, čo rozhybe ich psychiku a následne i telo. Akým spôsobom podporiť seniora v jeho autonómii a schopnosti rozhodovať o svojich záležitostiach čo najdlhšie. Aktivizovať a re-aktivizovať psychické schopnosti a zručnosti. Človek, ktorý nemá chuť žiť, nemá potrebu vstať z postele, umyť sa a obliecť sa. Tento model je niekedy nazývaný modelom s rukami vo vreckách, tzn. ak sestra nájde správnu motiváciu pre pacienta z jeho biografie, on sám preberie iniciatívu v sebaopatere. Ale pokiaľ sa personál rozhodne plne prevziať starostlivosť a nedá priestor pre zachované schopnosti a zručnosti pacienta a určí mu len pozíciu pasívneho príjemcu starostlivosti, hovoríme o tzv. betonujúcej starostlivosti, ktorá podporuje regresiu a deficit sebaopatery. Ďalším cieľom modelu je tiež oživiť psychiku personálu a podnietiť záujem o odbornú problematiku a zvýšiť odbornú úroveň tých, ktorí poskytujú priamu starostlivosť a sú tiež najviac psychicky zaťaženi. Spokojnosť z dobre vykonanej práce je nepochybne preventívnym opatrením proti syndrómu vyhorenia. Aplikovanie psychobiografického modelu v praxi zároveň zákonite podporuje profesionalitu a kreativitu sestier pracujúcich s pacientmi s demenciou [5].



Obrázok 1 Diferenciálna diagnostika, [9]

Záver

Holistickým prístupom k pacientom s akýmkoľvek ochorením v ktoromkoľvek štádiu sestra potvrdzuje rešpekt a uznanie rovnoprávnej štvordimenzionality pacienta. Takýmto spôsobom poskytovania starostlivosti u gerontopsychiatrických pacientov nikdy neprehliadne dôležitosť vnímania psychických a sociálnych potrieb pacienta podmienených jeho biografickou históriou. Poznaním tohto aspektu u pacientov s demenciou sa ošetrovatel'ská starostlivosť môže stať vysoko efektívnou, humánnou a výsostne profesionálnou, čo má za následok celkovú psychickú stabilizáciu pacientov a uznanie profesionálnej schopnosti sestier, ktoré túto starostlivosť poskytujú.

Literatúra:

- [1] Husárová, V. 2012. V spoločnom rytme. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. XI., č. 1-2, s. 12-13.
- [2] Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.
- [3] Pavlíková, S. 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. Praha : Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- [4] Pospíšilová, K. 2013. *Biografie klienta jako nástroj zvyšování kvality péče*. Bakalárska práca. Praha : Univerzita Karlova. 2013. 56 s.
- [5] Prell, M. 2011. *Das Psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Böhm - eine kurze Vorstellung des Modells*. [online]. [cit.2014-10-30]. Dostupné na internete: <http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf>.
- [6] Procházková, E. 2010. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. In *Sociální služby*. ISSN 1803-7348. 2010, roč. 12, č. 2, s. 22-23.
- [7] Procházková, E. 2012. Propojení nových trendů péče. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. XI., č. 1-2, s. 14-15.
- [8] *Psychobiografický model Prof. E. Böhma*. Historie, základní stavební kameny, cíle modelu. Erwin Böhm Institut. [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné na internete: <<http://www.ebin.cz>>.
- [8] *Teorie modelu péče*. [online]. [cit. 2014-10-29]. Dostupné na internete: <<http://ebin.cz/teorie-pbm/metaparadigmaticka-koncepce/>>.

Kontakt:

PhDr. Paulína HUDÁKOVÁ, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: paulina.hudakova@ku.sk

Využívanie niektorých praktík pri vedení normálneho pôrodu

Eva Moraučíková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok je zameraný na využívanie štvrtej kategórie praktík WHO počas normálneho pôrodu a to praktík, ktoré sa často používajú nevhodne. Autorka uvádza čiastkové výsledky dotazníkovej štúdie, ktoré sa týkajú rutinne používaných praktík v slovenskom pôrodníctve a poukazuje na závery niektorých štúdií, ktoré ich používanie, tak ako WHO odporúčajú v prípade, že je to vhodné a nie rutinne.

Kľúčové slová: Normálny pôrod. WHO. Klasifikácia postupov. Rutina.

Summary

The aim of this study is to obtain information on use of fourth category of WHO practices during normal childbirth, especially those inappropriately used. The author presents partial results of a questionnaire survey concerning the practices used routinely in Slovak obstetrics and points to the findings of some studies that use them, such as the WHO recommended in the event when it is appropriate and not routinely.

Key words: Normal childbirth. WHO. Classification practices. Routine.

Úvod

„Normálny pôrod je spontánne vyvolaný, s nízkym rizikom na začiatku pôrodu, ktoré je nemenné počas celej I. i II. doby pôrodnej. Dieťa sa narodí spontánne v pozícii hlavou dopredu, v období medzi ukončeným 37. a 42. týždňom tehotenstva. Po pôrode je matka a dieťa v dobrom stave“ (WHO, 1999).

WHO v roku 1999 vypracovala klasifikáciu postupov, ktoré sa používajú pri vedení normálneho pôrodu. Tieto odporúčenia sú rozdelené do 4 kategórií v závislosti od ich užitočnosti, účinnosti a škodlivosti:

- praktiky odporúčané, ktoré sú pri pôrode jednoznačne prospešné a ktoré by mali byť podporované,
- praktiky, ktoré sú jednoznačne škodlivé alebo neefektívne a ktoré by mali byť eliminované,
- praktiky, ktoré nie je možné jednoznačne odporučiť, nakoľko neexistuje dostatok dôkazov o ich prospešnosti, a ktoré by mali byť aplikované až po zrelej úvahe pokiaľ ich ďalší výskum objasní,
- praktiky, ktoré sa často využívajú nevhodne.

Príspevok je zameraný na niektoré (epiziotómia, príjem jedla a tekutín, klyzma, holenie, tlačenie na vyzvanie) z poslednej kategórie praktík t.j. na praktiky, ktoré sa často používajú nevhodne:

- obmedzenie príjmu potravy a tekutín počas pôrodu- *pri prolongovanom pôrode sa podáva parenterálne 5% glukóza* (Čech, 2006),
- zmierňovanie bolesti liečivom pre celkovú aplikáciu- *napr. Dolsin i.m.*,
- zmierňovanie bolesti použitím EDA- *pri dodržaní kritérií a na žiadosť rodičky sa to nepovažuje za nevhodné,*
- elektronické sledovanie plodu- *vstupný CTG záznam, I. doba pôrodná intermitentné monitorovanie, II. doba pôrodná kontinuálne monitorovanie* (Čech, 2006),
- použitie sterilných rúšok a odevov počas pôrodu (Vyhláška č. 553/2007 Zb.),
- opakované alebo časté vaginálne vyšetrenia, hlavne v prípade, že ich realizuje viac ako jeden poskytovateľ

starostlivosti- *odporúča sa pri odtečenej plodovej vode vyšetrovať á 3 hodiny a pri neodtečenej plodovej vode á 2 hodiny* (Roztočil, 2008),

- urýchlenie pôrodu oxytocínom- *pri primárne alebo sekundárne slabej kontrakčnej činnosti maternice* (Čech, 2006),
- rutinný prevoz rodičky do inej miestnosti na začiatku II. doby pôrodnej- *závisí od priestorového vybavenia konkrétneho pracoviska,*
- cievkovanie močového mechúra- *len pri medicínskej indikácii- napr. pred použitím klieští,*
- povzbudzovanie ženy, aby tlačila vo chvíli, kedy je diagnostikovaná úplná alebo takmer úplná dilatácia hrdla maternice skôr, ako žena sama pocíti potrebu tlačiť- *tlačenie pri medicínsky vedenom pôrode sa robí vo chvíli, keď je hlavička hlboko vstúpená, fixovaná a pri progresii hlavičky,*
- rigídna snaha o dodržanie stanoveného trvania II. doby pôrodnej, napríklad 1. hodina, v prípade, že stav matky i plodu je dobrý a pôrod pokračuje- *nie je dôvod k intervenciám ak je pokrok hlavičky aspoň každú 3 kontrakciu, pričom nesmie byť podceňované fyzické a psychické vyčerpanie rodičky* (Kameníková, 2004),
- operatívny pôrod- *napr. použitie VAX pri hypoxii plodu,*
- liberálne alebo rutinné používanie epiziotómie- *rutinné používanie by znamenalo iatrogenizáciu rodičky, rodička o epiziotómii musí byť informovaná- inak je to vedenie pôrodu non lege artis* (Kameníková, 2004),
- manuálna kontrola maternice po pôrode- *medicínska indikácia- napr. podozrenie na rezíduum alebo rodička po predchádzajúcom cisárskom reze.*

Vyššie uvedené praktiky sa v poslednom období aspoň z časti z našich pôrodných sál pomaly vytrácajú. Ich používanie po celé desaťročia však nie je jednoduché z praxe eliminovať. Na kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti má nezanedbateľný vplyv edukácia zdravotného personálu, založená na najmodernejších vedeckých poznatkoch (Hlinková a kol., 2010).

Výsledky

Čiastočné výsledky dotazníkového šetrenia, ktoré sú v príspevku prezentované boli súčasťou záverečnej práce obhájenej v roku 2011. Dotazníkové šetrenie bolo realizované v 12 mestách Slovenska. Výskumný súbor tvorilo 392 žien po pôrode a 95 pôrodných asistentiek pracujúcich na pôrodnom sále.

Otázka: **Ktoré z uvedených položiek na Vás pôsobili najviac stresujúco počas pôrodu?**

Tabuľka 1

n = 392

Položky	Áno		Nie	
	Abs.p.	%	Abs.p.	%
Nevhodné správanie zo strany personálu	56	14,3	336	85,7
Nedostatok informácií	78	19,9	314	80,1
Pocit hladu	98	25	294	75
Pocit smädu	208	53,1	182	46,9
Neumožnenie prítomnosti partnera pri pôrode	45	11,5	347	88,5
Odnosenie dieťaťa bezprostredne po pôrode	111	28,3	281	71,7

Otázka: **Považujete za potrebné vykonávať v priebehu pôrodu nasledujúce výkony?**

Tabuľka 2

n = 392

Výkon	Áno		Nie	
	Abs.p.	%	Abs.p.	%
Epiziotómia	221	56,4	171	43,6
Klyzma	250	63,8	142	36,2
Holenie	257	65,6	135	34,4

Otázka: **Ktorý z výkonov u Vás robili počas pôrodu?**

Tabuľka 3

n = 392

Výkon	Áno		Nie	
	Abs.p.	%	Abs.p.	%
Epiziotómia	265	67,6	127	32,4
Klyzma	291	74,2	101	25,8
Holenie	309	78,8	83	21,2

Otázka: **Ako ste tlačili počas pôrodu?**

Tabuľka 4

n = 392

Spôsob tlačenia	Áno		Nie	
	Abs.p.	%	Abs.p.	%
Na vyzvanie personálu- riadené tlačenie	279	71,2	113	28,8
Vo chvíli, keď som pocítovala nutkanie na tlačenie-spontánne tlačenie	203	51,8	189	48,2

Otázka: **Napište prosím, aký spôsob tlačenia najviac využívate v 2. dobe pôrodnej na Vašom pracovisku.**

Tabuľka 5

n = 95

Spôsob tlačenia	Áno		Nie	
	Abs.p.	%	Abs.p.	%
Riadené (na vyzvanie personálu)	77	81,1	18	18,9
Spontánne (na základe pocitu rodičky)	50	52,6	45	47,4

Diskusia

Respondentky - matky, nám na položku, ktorá sa týkala rutinne používaných výkonov počas pôrodu (tabuľka 3), uviedli, že považujú za dôležité robiť pri pôrode nasledujúce výkony: epiziotómia (56,4 %), klyzma (63,8 %) a holenie (65,6 %). Ďalej nám respondentky – matky uviedli, že počas pôrodu im boli robené tieto výkony: epiziotómia (67,6 %), klyzma (74,2 %) a holenie (78,8 %). Na základe týchto zistení môžeme vidieť, že niektorým ženám boli robené výkony, ktoré považujú za nedôležité. U takmer 2/3 žien bol robený rutinný výkon pri všetkých troch položkách, ktorý je podľa WHO používaný nesprávne. Pre porovnanie sú uvádzané výsledky niekoľkých štúdií. Na základe troch štúdií podľa Cochrane skupina tehotenstvo a pôrod, kde sa sledovali dve skupiny žien (s klyzmou a bez klyzmy), sa nedokázal podstatný rozdiel, čo sa týka výskytu infekcií u matky (rany perinea) a dieťaťa. Tento dôkaz nepodporuje rutinné používanie klyzmy pred pôrodom (Reveiz, Geitán, Cuervo, 2007). Tri kontrolované štúdie, ktoré skúmali rozdiely u dvoch skupín žien (ktorým bol pred pôrodom oholený genitál a ktorým genitál oholený nebol), nepokázali žiadny prínos holenia perineálnej oblasti (Basevi, Lavender, 2000). „V Spojených štátoch amerických sa v 40 % realizovala epiziotómia, ale jej prevalencia za posledné roky klesá. V roku 1992 bolo realizovaných v Spojených štátoch amerických 1,6 milióna epiziotómií, v roku 2003 len 716 000“ (Episiotomy, 2010a). Vo Veľkej Británii v minulosti bola robená epiziotómia 90 % rodičiek. V súčasnej dobe lekári (pôrodné asistentky) od tohto výkonu ustupujú a realizovaný je len v opodstatnených prípadoch, keď je dieťa v núdzi alebo sa ide použiť forceps. V rokoch 2006-2007 bol u 13 % rodičiek vo Veľkej Británii robený tento operačný výkon. Vyššia miera použitia epiziotómie je aj v súčasnej dobe v Spojených štátoch amerických a v krajinách východnej Európy (Episiotomy, 2010b). „Prax epiziotómie sa zakladá na strachu. V prípade neistoty sa vždy urobí nástrih, i keď oprávnenosť tohto zovšeobecnenia nástrihu hrádze sa doteraz nikde vedecky nedokázala...“ (Coquatrix, 1985, In Steffen, 2009). „Dôkladné vyhodnotenie literatúry pripúšťa záver, že podiel nástrihov hrádze do 20% môže byť vedecky oprávnený. Prax je však v rámci Európy odlišná. V niektorých regiónoch je podiel nástrihov hrádze 1,5 % a spontánnych natrhnutí 4,5%, pričom v istých klinikách dosahuje 100 %. Táto skutočnosť stojí na zamyslenie“ (Steffen, 2009).

Ku praktike tlačenia pri pôrode respondentky- matky (tabuľka 4) uvádzali, že počas pôrodu tlačili na vyzvanie personálu (riadené tlačenie) v 71,2 %. Respondentky - pôrodné asistentky uvádzali (tabuľka 5), že na ich pracovisku sa používa tlačenie na vyzvanie personálu (riadené tlačenie), čo uviedlo 81,1 % pôrodných asistentiek. Žena má tlačiť, keď sa na to cíti - samovoľne, neodporúča sa tlačenie na vyzvanie (zníženie výskytu popôrodných komplikácií- problém s vylučovaním moču) (Bloom et al, 2007). Pri tlačení na vyzvanie sa dĺžka pôrodu skrátila o 13 minút, čo je pri 12- hodinovom trvaní pôrodu u prvoroďičky zanedbateľný čas, pričom Apgar skóre novorodenca nebolo lepšie (Eichner, 2007).

Za stresujúce počas pôrodu považujú respondentky – matky (tabuľka 1): pocit smädu (53,1 %), odnesenie dieťaťa bezprostredne po pôrode (28,3 %) a pocit hladu (25 %). Od roku 1949, keď bola realizovaná štúdia, ktorá preukázala, že ženy, ktoré jedli a pili počas pôrodu, mali vyššie riziko aspirácie, sa začal dodržiavať pôst počas pôrodu. Do tohto obdobia sa

rodičkám odporúčalo počas pôrodu jesť aj piť. V súčasnej dobe sú informácie o tom, že pôst počas pôrodu nezaručuje prázdny žalúdok a pri niekoľkohodinovom hladovaní sa vo zvýšenej miere vylučuje kyselina chlorovodíková, ktorá môže spôsobiť komplikácie pri aspirácii. V roku 1989 štúdia pre Národné centrum pre pôrod poukázala na to, že u 11 814 žien, ktoré pili a jedli počas pôrodu, nebol jediný prípad aspirácie, pričom 22% zo sledovanej skupiny žien podstúpilo cisársky rez (Eating during labor, 2010).

Záver

Odstránenie praktík, ktoré boli desaťročia v praxi využívané je niekedy veľmi ťažké. Starostlivosť, ktorú ženy ponúkame by mala byť humánna, účinná, bezpečná, zdôvodnená (EBM, EBMid, EBP) a primeraná. Zdravotnícky pracovníci, ktorí pomáhajú žene počas pôrodu by mali využívať najnovšie poznatky vedy a mať snahu odpútať sa od rutiny, tak aby pomohli prísť deťom na svet prirodzeným spôsobom a so ženami nezaobchádzali ako s „pacientkami.“ Podľa Verny, Kelly (1993) má žena právo vyjadriť sa ku svojmu pôrodu a ignorovať jej želanie je bezohľadné.

Literatúra

1. Čech, E. et al. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
2. Basevi, V. - Lavender, T. Routine perineal shaving on admission in labor. 2000. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000, číslo 4. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236. [online]. Dostupné na: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001236.html>. [citované 2.6. 2010].
3. Bloom, S. et al. Es geht auch ohne „Hecheln!“, „Atmen!“ and „Pressen!“. In *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Bd. 194, Nr. 1. 2007. [online]. Dostupné na: <http://www.wissenschaft.de/wisswnschaft/news/drucken/260504.html>, [citované 17.1. 2007].
4. Coquatrix, N. *Episiotomie et mutilations sexuelles*. Nursing Québec. č.5, roč. 3, s. 22-26 In Steffen, G. 2009. *Je rutinný, profilaktický nástrih hrádze oprávnený?* Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. 2009, s. 70, ISBN 978-80-967818-6-7.
5. Eichner, A. *Geburt – Pressphase*. 2007. [online]. Dostupné na: <http://www.frauenaerzte-im-netz.de/>, [citované 17.1. 2007].
6. *Eating during labor?* 2010. [online]. Dostupné na: http://pregnancychildbirth.suite101.com/article.cfm/eating_during_labor_. [citované 1.7 2010].
7. *Episiotomy*. 2010a. [online]. Dostupné na: <http://www.medicinenet.com/episiotomy/article.htm>. [citované 1.7 2010].
8. *Episiotomy*. 2010b. [online]. Dostupné na: <http://www.nhs.uk/conditions/episiotomy>. [citované 1.7 2010].
9. Hlinková, S. - Lesňáková, A. - Púčať, P. 2010. Definície infekcií v mieste chirurgického výkonu. In *Zdravotnícke štúdie*. Ružomberok : Verbum, ISSN 1337-723X, 2010, roč. 3, č. 1, s. 41-44.
10. Kameníková, M. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. Postupy lege artis I. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2004. roč. 13, č. 4, ISSN 1214-2093.

11. Reviez, L. - Gaitán, H. G. - Cuervo, L. G. Enemas during labour. 2007. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2. [online]. Dostupné na: <http://www2.cochrane.org/reviews/de/ab000330.html>. [citované 1.6. 2010].
12. Roztočil, A. et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
13. Steffen, G. 2009. *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. 2009, s. 70, ISBN 978-80-967818-6-7.
14. Verny, T. - Kelly, J. *Tajomný život dieťaťa pred narodením*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1993. 177 s. ISBN 80-08-02055-5.
15. WHO: *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: WHO, 1999. 44 s.

Kontakt:

PhDr. Bc. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: eva.moraucikova@ku.sk

Význam hygieny rúk v prevencii nozokomiálnych infekcií

Soňa Hlinková, Slavomíra Lelková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Nozokomiálne infekcie spôsobujú závažné komplikácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, preto je nevyhnutné dodržiavať opatrenia na ich prevenciu. Za jedno z najdôležitejších opatrení sa považuje dodržiavanie hygieny rúk. Pri dôkladnom dodržiavaní hygieny rúk zdravotníkmi pracovníkmi je možné výrazne ovplyvniť výskyt nozokomiálnych infekcií. Cieľom prospektívnej štúdie bolo zistiť úroveň dodržiavania hygieny rúk na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny, zistiť dodržiavanie hygieny rúk podľa profesie a pohlavia. Úroveň celkového dodržiavania hygieny rúk v mesiaci január 2014 na anestéziologicko-resuscitačnom oddelení predstavovala 31 %. Dodržiavanie hygieny rúk podľa profesie bolo najlepšie pri profesii iný zdravotnícky pracovník, podľa pohlavia to bolo mužské pohlavie.

Kľúčové slová: Hygiena rúk. Dodržiavanie hygieny rúk. Nozokomiálna infekcia.

Summary

Nosocomial infections cause serious complication in providing health care, so it is necessary to follow the rules to prevent these infections. Hand hygiene is considered to be one of the most important intervention. Compliance with hand hygiene by health professionals can reduce significantly the rate of nosocomial infections. The aim of this study was to determine the compliance with hand hygiene practice among healthcare professionals according to their profession and gender at Clinic of Anaesthesiology – Resuscitation and Intensive Medicine. The level of total compliance with hand hygiene averaging 31 percent in January 2014. According to the profession best results were observed in the group - other healthcare workers. According to the gender the best results occurred in the group - male.

Key words: Hand hygiene. Compliance with hand hygiene. Nosocomial infection.

Úvod

Hygiena rúk je najjednoduchšie, najefektívnejšie a ekonomicky najlacnejšie opatrenie na prevenciu nozokomiálnych infekcií (Pittet, 2000). Rukami zdravotníckych pracovníkov sa prenáša viac ako 60 % nozokomiálnych infekcií (NI) (Podstatová, 2010). V štúdiu, kde bolo pozorované zlepšenie dodržiavania hygieny rúk z 48 % na 66 % sa znížil výskyt nozokomiálnych infekcií o 40 % (Kampf a kol., 2009). Tento fakt poukazuje na to, že dôsledná hygiena rúk má nezastupiteľné miesto a nespochybniteľný význam v boji proti nozokomiálnym infekciám, ktoré dlhodobo predstavujú závažný problém. Podľa WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) sú NI celosvetovo jednou z desiatich vedúcich príčin úmrtí v nemocniciach (Squires a kol., 2013). Negatívne dopady nozokomiálnych infekcií od nárastu chorobnosti a úmrtnosti, až po nárast nákladov na liečbu, sú všeobecne známe.

Napriek nespočetnému množstvu poznatkov, dôkazov a informácií o tom, aké je potrebné zvýšiť dodržiavanie hygieny rúk, dodržiavanie hygieny rúk v praxi stále nie je na požadovanej úrovni. Keďže v mnohých zdravotníckych zariadeniach nemáme relevantné informácie o dodržiavaní hygieny rúk, rozhodli sme sa vykonať štúdiu, s cieľom zistiť mieru dodržiavania hygieny rúk. Zamerali sme sa na Klinikum anestéziológie a intenzívnej medicíny, pretože oddelenia intenzívnej starostlivosti patria z hľadiska NI k najrizikovejším oddeleniam. Na základne zistených výsledkov boli navrhnuté jednotlivé odporúčania na zlepšenie dodržiavania hygieny rúk za účelom zníženia výskytu NI.

Metódy

Na získavanie údajov o hygieny rúk sme použili metódu, ktorú využíva Medzinárodné konzorcium na kontrolu nozokomiálnych infekcií INICC (International Nosocomial Infection Control Consortium) na jednotkách intenzívnej starostlivosti.

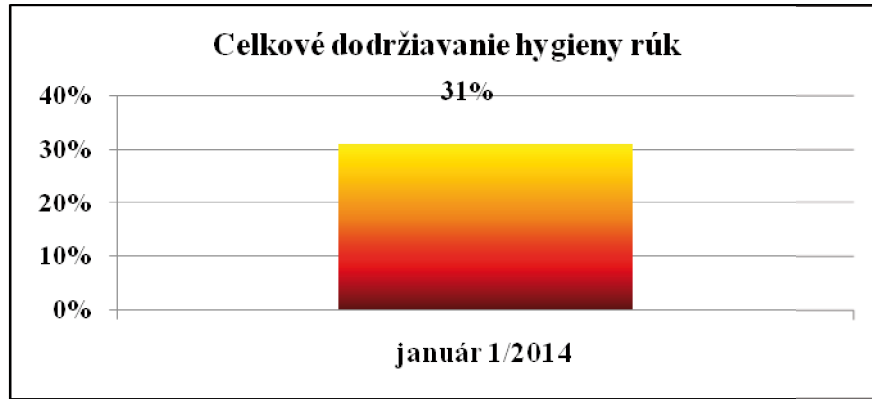
Údaje boli získané prospektívne, pozorovaním na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP FN v Ružomberku. Pozorovanie prebiehalo počas jedného kalendárneho mesiaca, konkrétne mesiaca januára 2014.

Pozorovanie sme realizovali počas pracovných dní, každý týždeň sledovanie prebiehalo jeden deň. Každé pozorovanie trvalo približne hodinu a v daný deň boli vykonané tri pozorovania a to konkrétne ráno (v čase 6.00 – 12.00), poobede (v čase 12.00 – 18.00) a večer (v čase 18.00 – 24.00). Objektmi pozorovania boli všetci zdravotnícki pracovníci v profesii lekár, sestra a iný zdravotnícky pracovník, ktorí poskytovali zdravotnícku starostlivosť. Pracovníci boli informovaní o tom, že na danom oddelení prebieha pozorovanie zamerané na dodržiavanie hygieny rúk, ale nebol im známy ani deň ani čas, kedy bude pozorovanie prebiehať. Hodnotené boli všetky interakcie medzi zdravotníckym personálom a pacientom, ktoré predstavovali momenty, kedy bola hygiena rúk nevyhnutná. Posudzovali sme päť momentov dodržiavania HR stanovených WHO: pred kontaktom s pacientom, pred aseptickými výkonmi, po expozícii s rizikovými telesnými tekutinami, po kontakte s pacientom, po kontakte s prostredím pacienta.

Na záver sme údaje získané pozorovaním a zaznamenané do formulárov zapísali do online systému INICC, ktorý nám údaje vyhodnotil.

Výsledky pozorovania

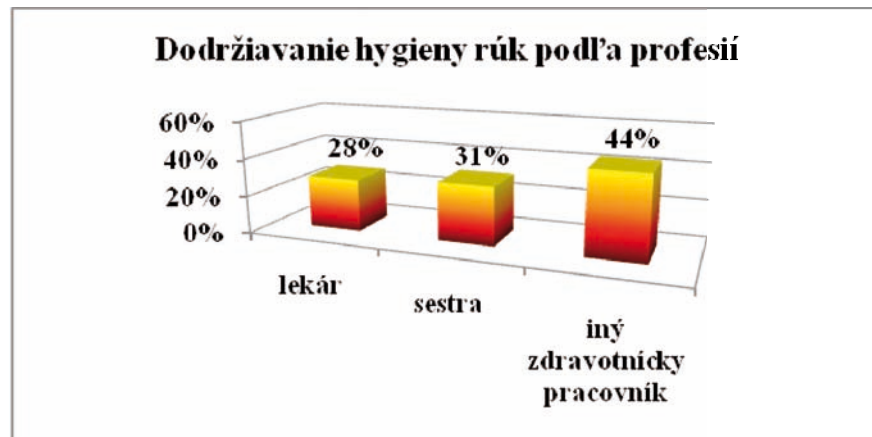
Celkovo bolo počas celého pozorovania sledovaných 214 momentov, kedy bolo potrebné vykonať hygienu rúk. Štúdie sa zúčastnilo 10 žien (1 lekárnica, 8 sestier a 1 sanitárka) a 6 zdravotníckych pracovníkov mužského pohlavia (3 lekári, 2 sestry, 1 sanitár). Počas mesiaca január 2014 bolo celkové dodržiavanie hygieny rúk 31 % (graf č. 1), z čoho vyplýva, že z celkového počtu 214 príležitostí na vykonanie hygieny rúk len v 67 prípadoch bola dodržaná hygiena rúk.



Graf 1 Celkové dodržiavanie hygieny rúk za mesiac január 2014

Dodržiavanie hygieny rúk sme analyzovali aj z hľadiska profesií. Posudzované boli profesie lekár, sestra a iný zdravotnícky pracovník. Najviac dodržiavali hygienu rúk iní zdravotnícki pracovníci konkrétne 44 %, kde ku kontaktu s pacientom prišlo len v 9 prípadoch a v 4 prípadoch bola

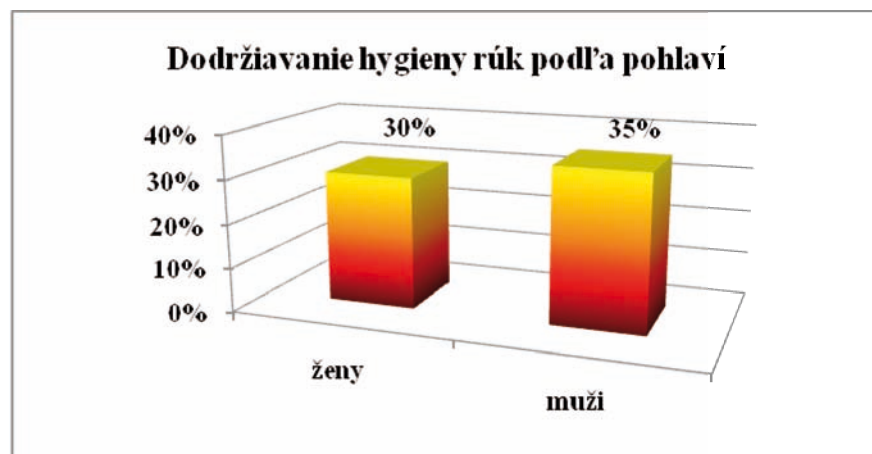
prevedená hygiena rúk. O niečo nižšie bolo dodržiavanie u sestier 31 %, sestry mali 177 príležitosti a hygiena rúk bola vykonaná v 55 príležitostiach. Najnižšie čísla prezentovala profesia lekár 28 % (graf č. 2), kde mali lekári v 28 prípadoch vykonať hygieny rúk a vykonaná bola len v 8 prípadoch.



Graf 2 Dodržiavanie hygieny rúk rozdelené podľa profesií za mesiac január 2014

Pri hodnotení dodržiavania hygieny rúk podľa pohlavia sme dospeli k nasledujúcim výsledkom (graf č. 3). Počas mesiaca január 2014 bolo pozorované lepšie dodržiavanie HR medzi zdravotníckymi pracovníkmi mužského pohlavia konkrétne

35 % (zo 46 momentov dodržaná hygiena bola v 16 prípadoch) a 30 % u ženského pohlavia (168 celkový počet príležitostí, kde HR bola vykonaná v 50 prípadoch).



Graf 3 Dodržiavanie hygieny rúk podľa pohlaví za mesiac január 2014

Z uskutočnených pozorovaní sme dospeli k výsledku, že celkové dodržiavanie hygieny rúk v priebehu mesiaca január 2014 na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny predstavuje 31 %. Mnohé štúdie, ktoré sa zaoberali dodržiavaním hygieny rúk zistili, že dodržiavanie hygieny rúk sa pohybuje v priemere okolo 50 % (Pittet, 2000, Kampf a kol., 2009, Squires a kol., 2013). Štúdie prebiehajúce v rokoch 1981 až 1999 zaznamenali úroveň dodržiavania hygieny rúk od 16 % do 81 % (Huggonnet a Pittet, 2000), ďalšia štúdia v roku 2008 zistila 37-38 % dodržiavanie hygieny rúk (Allegranzi a Pittet, 2009). Požadovaná úroveň dodržiavania HR by mala byť minimálne nad 70 %.

Najlepšie výsledky dodržiavania hygieny rúk boli pozorované pri profesii iný zdravotnícky pracovník (44 %). Títo pracovníci prichádzali do priameho kontaktu s pacientom minimálne. Dodržiavanie hygieny rúk u sestier bolo 31% a u lekárov 28 %. Najnižšia úroveň dodržiavania HR bola pri profesii lekár, čo sa zhoduje s tvrdením, že povolanie lekár, patrí k rizikovým faktorom pre nedodržiavanie hygieny rúk (WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, World Health Organization 2009, Huggonnet and Pittet, 2000). V štúdiu, ktorú realizoval Squires a kol. v rokoch 2004-2006 bolo dodržiavanie hygieny rúk medzi lekármi na úrovni 14-17 %. Vhodnými opatreniami sa im do roku 2011 podarilo zvýšiť úroveň dodržiavania HR medzi lekármi na 65-69 % (Squires a kol., 2013). Naše výsledky sa nezhodujú so štúdiou Rosenthala kol., kde bolo najvyššie dodržiavanie zaznamenané medzi sestrami, ale jednotné sú čo sa týka profesie lekár, kde táto štúdia taktiež zaznamenala najnižšie dodržiavanie hygieny rúk (Rosenthal, 2013).

Čo sa týka pohlavia, mužské pohlavie pre nedodržiavanie hygieny rúk viaceré štúdie zaraďujú medzi rizikový faktor (Hugonnet and Pittet, 2000, Allegranzi and Pitteti, 2009). Dodržiavanie HR v našej štúdiu u mužov predstavovalo 35 % a u žien 30 %. Teda výsledky našej štúdie sa nezhoduje so závermi viacerých autorov, že dodržiavanie HR je nižšie u mužského pohlavia (Pittet and Allegranzi, 2009, WHO Guidelines on Hand Hygiene in HealthCare, WorldHealthOrganization, 2009, Huggonnet and Pittet, 2000).

Záver

Cieľom zdravotníckeho tímu by malo byť zabezpečenie bezproblémového, kontinuálneho, vysoko profesionálneho priebehu celej hospitalizácie, s minimalizáciou komplikácií, medzi ktoré patria nozokomiálne infekcie, ktoré úzko súvisia s hygienou rúk zdravotníckych pracovníkov (Moraučíková, 2005). Hygiena rúk ako niekoľko jednoduchých krokov, zabezpečujúcich zníženie kontaminácie rúk nebezpečnými patogénmi, vyvolávajúcimi nozokomiálne infekcie, má nesmierny význam (Pittet, 2000). Tento význam spočíva v zabránení prenosu patogénnych mikroorganizmov na pacienta. Dôsledné dodržiavanie hygieny rúk prináša zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, s čím súvisí znížený výskyt nozokomiálnych infekcií, kratšia hospitalizácia, eliminácia nežiaducich dôsledkov, nižšie náklady potrebné na poskytnutie liečby, v neposlednom rade aj vyšší pocit bezpečnosti pacienta v danom zdravotníckom zariadení a následne aj lepšie hodnotenie od pacientov (Podstatová, Maďar, 2008).

Literatúra

1. Podstatová, R. 2010. *Hygiena a epidemiologie pro ambulatní praxi*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2010. 141 s. ISBN 978- 80-7345-212-4.
2. Kampf, G., Löffler, H., Gastmeier, P. Hand hygiene for the prevention of nosocomial infections. *Deutsches Ärzteblatt International*. October 2009, vol.106, p. 649-655. ISSN 1866-0452.
3. Moraučíková, E. 2005. Špecifická ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po artroplastike kolenného kĺbu. In *Nové trendy v ošetrovatelství IV*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2005. s. 235-241, ISSN 80-7040-791-3.
4. Squires, J.E. a kol. 2013. Improving physician hand hygiene compliance using behavioural theories: a study protocol. *Implementation Science*. 2013
5. Pittet, D. 2000. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2000. vol. 21, no.6, p. 381-386. ISSN 1559-6834.
6. Huggonnet, S., Pittet, D. 2000. Hand hygiene – beliefs or science? *Clinical Microbiology and Infection Diseases*, vol. 6, no.7, p. 348-354. ISSN 1469-0691.
7. Allegranzi, B., Pittet, D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*. 2009. p. 305-315. ISSN 0195-6701.
8. Rosenthal, V.D. a kol. 2013. Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 years in 51 cities of 19 Limited-Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europa. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2013 vol. 34, no. 4. ISSN 1559-6834.

Kontakt:

RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Fakulta zdravotníctva
 Nám. A. Hlinku 48
 034 01 Ružomberok
 E-mail: sona.hlinkova@ku.sk

Zdravie 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu

Mário Ležovič, Matej Mucska, Zuzana Hološová

Fakulta verejného zdravotníctva SZU v Bratislave

Súhrn

Politický rámec Zdravie 2020 bol vypracovaný plne participatívnym procesom s členskými štátmi a mnohými zainteresovanými stranami európskeho regiónu. Európsky politický rámec pre zdravie a prosperitu v rámci programu Zdravie 2020 stanovuje strategické smerovanie a prioritné oblasti politických opatrení pre členské štáty a pre Regionálny úrad WHO pre Európu. Aktuálnou úlohou je zabezpečiť úplnú implementáciu politického rámca Zdravie 2020 na základe podmienok a situácie v každom z členských štátov. To bude vyžadovať rozšírenú spoluprácu medzi členskými štátmi a regionálnym úradom, ako aj so všetkými kompetentnými zástupcami členských štátov, ktorých vplyv, odhodlanosť a zánietenosť budú podstatné pre zlepšenie zdravia. Európsky politický rámec a strategický dokument Zdravie 2020 sa venuje analýze, hlavným stratégiám a zásahom, ktoré boli zavedené, ako aj zabezpečovaniu potrebných faktov a podrobností o kapacitách potrebných na implementáciu.

Kľúčové slová: Zdravie. Prosperita. Vláda. Spoločnosť. Populácia.

Summary

The Health 2020 policy framework has been developed through a fully participatory process with Member States and a wide variety of other interested parties across the European Region. European policy framework for health and well-being sets out the strategic directions and priority policy action areas for Member States and the WHO Regional Office for Europe. The task now is to ensure the wholehearted implementation of the Health 2020 policy framework, according to the circumstances and situation of each Member State. This will require much collaboration between Member States and the Regional Office, and with the many people in Member States whose influence on health and determined commitment to health improvement will be essential. Health 2020 European policy framework and strategy document provides the contextual analysis and main strategies and interventions that work, as well as the necessary evidence and details of the capacity required for implementation.

Key words: Health. Prosperity. Government. Society. Population.

Úvod

Dobry zdravotny stav obyvateľstva je základom sociálneho a ekonomického rozvoja a posilňuje politiky všetkých odvetví spoločnosti. Avšak ekonomická a finančná kríza, ktorej čelia mnohé krajiny, je vážnou výzvou a potencionálnym rizikom ohrozujúcim dosiahnuté pozitívne výsledky v oblasti zdravia. Je tiež príležitosťou na prehodnotenie a obnovenie snáh na zlepšenie zdravotného stavu občanov.

Všetky rezorty a úrovne vlády prispievajú svojim dielom k vytváraniu dobrého zdravotného stavu obyvateľstva. Vedúce postavenie v jednotlivých rezortoch či samosprávy, môže priniesť obrovskú zmenu v oblasti zdravia a blahobytu občanov našej krajiny, kraja, regiónu alebo mesta a celého európskeho regiónu.

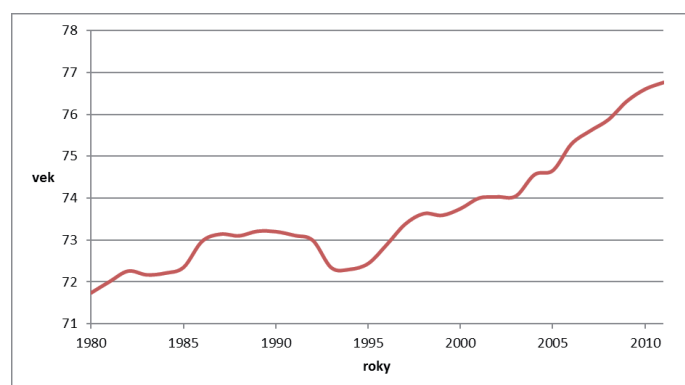
Zdravie je hlavný spoločenský zdroj a hodnota

53 členských štátov z európskeho regiónu WHO odsúhlasilo nový spoločný politický rámec – **Zdravie 2020**. Medzi ich spoločné ciele patrí „výrazné zlepšenie zdravia a prosperity populácie, zníženie rozsahu nerovností v oblasti zdravia, posilnenie verejného zdravotníctva a zabezpečenie univerzálnych, spravodlivých, udržateľných a vysokokvalitných zdravotných systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia.“

Dobry zdravotny stav obyvateľstva prináša osoh pre všetky odvetvia a pre celú spoločnosť, vytvárajúc z nej hodnotný zdroj. Dobry zdravotny stav je dôležitým faktorom ekonomického a sociálneho rozvoja a jeho dosahovanie je stredobodom záujmu jednotlivcov, rodín či komunit. Zlý zdravotny stav znižuje ľudský

potenciál, vedie k stavom beznádeje a k odčerpávaniu zdrojov všetkých odvetví. Vytváranie podmienok, umožňujúcich ľuďom získať kontrolu nad svojim zdravím a nad jeho determinantami posilňuje stav komunit a zlepšuje životy ľudí. Bez aktívnej účasti občanov by mnohé šance na podporu a ochranu ich zdravia a prosperity boli stratené.

Opatrenia na podporu prosperity spoločnosti a rastu idú ruka v ruku so zlepšovaním zdravotného stavu občanov. Politiky založené na tomto predpoklade to potvrdzujú. Zabezpečenie dostupnosti vzdelávania, zamestnanosti, bývania a príjmov, to všetko sú faktory podporujúce zdravotný stav ľudí. Zdravie prispieva k zvyšovaniu produktivity a efektivity práce, k zdravému starnutiu, k zvyšovaniu strednej dĺžky života (Graf 1), k znižovaniu výdavkov na liečbu ochorení, k získavaniu sociálnych výhod a k znižovaniu strát na príjmoch z daní.



Zdroj: WHO/Europe, European HFA Database, April 2014

Graf 1 Vývoj strednej dĺžky života v Európskom regióne

Výkonnosť zdravotníctva a výkonnosť ekonomiky sú vzájomne prepojené, a zlepšenie využívania zdrojov v rezorte zdravotníctva je dôležitým faktorom. Rezort zdravotníctva má významný priamy aj nepriamy dopad na ekonomiku: nielen preto, ako ovplyvňuje zdravie ľudí a ich produktivitu, ale aj preto, lebo zdravotníctvo je v súčasnosti jedným z najväčších ekonomických odvetví v stredne a vysoko príjmových krajinách. Zdravotníctvo je dôležitým zamestnávateľom, vlastníkom, staviteľom a spotrebiteľom. Je taktiež základným hnacím motorom výskumov a inovácií a významným odvetvím medzinárodnej konkurencie ľudí, myšlienok a produktov. V budúcnosti bude význam zdravotníctva narastať, ako aj jeho prínos k širším celospoločenským cieľom.

V európskom regióne WHO sa v posledných desaťročiach úroveň zdravia výrazne zlepšila, avšak nie všade a nie pre každého rovnako, s čím sa nemožno uspokojiť. Mnohé skupiny a oblasti zaostali za vývojom a v mnohých prípadoch nevyvážený ekonomický vývoj je sprevádzaný nárastom nerovnosti v zdraví v rámci krajín a medzi krajinami. Rápidny nárast chronických ochorení a duševných porúch, nedostatky sociálnej súdržnosti, environmentálne hrozby a finančná nestabilita sú faktormi, spomaľujúcimi zlepšovanie stavu zdravia a ohrozujúcimi udržateľnosť zdravotníctva a systémov sociálneho zabezpečenia. Preto je potrebné nachádzať kreatívne a inovatívne riešenia, ktoré majú reálny dopad.

Zdravie 2020 je založené na hodnotách zakotvených v Ústave WHO: „**Dosiahnutie najvyššej novej úrovne zdravia je jedným zo základných práv každej ľudskej bytosti.**“ Krajiny európskeho regiónu WHO potvrdzujú právo na zdravie a zaviazali sa, že budú univerzálnosť, solidaritu a rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti považovať za nosné hodnoty pri organizovaní svojich zdravotných systémov. Cieľom je dosahovať najvyššiu možnú úroveň zdravia bez ohľadu na národnosť, pohlavie, vek, sociálny status alebo finančné možnosti úhrady. Tieto hodnoty zahŕňajú spravodlivosť, udržateľnosť, kvalitu, transparentnosť, zodpovednosť, rovnosť pohlaví, dôstojnosť a právo účasti na rozhodovacích procesoch.



Zdroj: WHO/Europe, European HFA Database, April 2014

Graf 2 Celkové výdavky na zdravotníctvo v % HDP, Európsky región

Výdavky na zdravotníctvo (Graf 2) sú stále väčšou výzvou pre vlády. V mnohých krajinách je podiel výdavkov na zdravotníctvo zo štátneho rozpočtu vyšší než kedykoľvek predtým a výdaje na zdravotnú starostlivosť rastú rýchlejšie než HDP. Avšak v niektorých krajinách chýba korelácia medzi výdajmi na zdravotnú starostlivosť a výsledkami vyprodukovanými

zdravotníctvom. Mnohé systémy majú ťažkosti v pokrývaní svojich nákladov pri neustále rastúcich finančných tlakoch na vyváženú bilanciu a zabezpečovanie sociálnej ochrany. Rast nákladov je ovplyvňovaný najmä zo strany ponuky, napríklad na základe nových druhov liečiv a technológií a taktiež rastúcimi očakávaniami pacientov týkajúcimi sa ochrany pred zdravotnými rizikami a dostupnosti vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Ak sa prijímajú efektívne stratégie, bude možné dosiahnuť reálne prospech v oblasti zdravia, nákladovo dostupné v rámci existujúcich zdrojov. Narastajúca databáza dôkazov o ekonomike prevencie ochorení ukazuje, že výdaje na zdravotníctvo môžu byť pod kontrolou, ak budú pokrývať nerovnosti v sociálnom gradiente a podporovať najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva. V súčasnosti vlády vynakladajú len zlomok ich zdravotných rozpočtov na podporu zdravia a prevenciu chorôb – približne 3% v krajinách OECD. Efektívne využívanie zdrojov v rezorte zdravotníctva môže šetriť náklady. Európske zdravotné systémy majú za úlohu zlepšovať svoju výkonnosť a aktívne čeliť novým výzvam. Zmena charakteru zdravotníckych služieb, ktoré vyžadujú nové oblasti zodpovednosti, nové stimuly či platobné štruktúry, môže prinášať so sebou lepšie využitie financií. Zdravotné systémy rovnako iné odvetvia sa potrebujú prispôbiť novým výzvam a uskutočniť nevyhnutné zmeny. Súčasný globalizovaný svet vyžaduje spoluprácu krajín, aby mohli spoločne čeliť mnohým kľúčovým zdravotným výzvam, čo vyžaduje cezhraničnú spoluprácu.

Politika **Zdravie 2020** je založená na štyroch prioritných oblastiach politických opatrení:

1. investovanie do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti občanov za zdravie;
2. riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne – prenosných a neprenosných ochorení;
3. posilňovanie zdravotníckych systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie;
4. vytváranie zdravotných komunit a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

V duchu súdržnosti a zhody vychádzajú štyri prioritné oblasti z kategórií, podľa ktorých sú určované priority a programy WHO. Uvedené kategórie boli odsúhlasené členskými štátmi na globálnej úrovni a sú upravené s ohľadom na osobitné požiadavky a skúsenosti európskeho regiónu.

Vyššie uvedené štyri prioritné oblasti sú medzi sebou prepojené, vzájomne závislé a navzájom sa podporujúce. Napríklad aktivity týkajúce sa zdravia počas celého životného cyklu a vytvárania predpokladov občanom pre ich starostlivosť o svoje zdravie budú napomáhať pri aktivitách v oblasti riešenia epidémie neprenosných ochorení ako aj v oblasti posilňovania kapacít verejného zdravotníctva. Uvedené aktivity ďalej napomôžu pri zvládaní epidémií prenosných ochorení. Vlády krajín získajú väčší vplyv na zdravie občanov, ak budú schopné prepojiť jednotlivé politiky, investície a služby a sústredia sa na znižovanie nerovností. Regionálny úrad WHO pre Európu posilní svoju úlohu zdroja pre tvorbu politík založených na dôkazoch a príkladoch integrovaných prístupov. Hlavné regionálne ciele tak podporia monitorovanie pokroku plnenia Zdravie 2020.

Za hlavné regionálne ciele boli stanovené:

- Znížiť predčasnú úmrtnosť v európskom regióne do roku 2020.
- Zvýšiť predpokladanú dĺžku života v európskom regióne.
- Znížiť nerovnosti v oblasti zdravia v európskom regióne.
- Podporiť blahobyt populácie európskeho regiónu.
- Zaistiť univerzálne pokrytie a právo na najvyššiu možnú úroveň zdravia.
- Určiť národné ciele zdravia v členských štátoch.

Riešenie uvedených štyroch priorít vyžaduje kombináciu riadiacich prístupov, ktoré podporujú zdravie, rovnosť a prosperitu. Múdra vláda bude predvídať zmeny, podporovať inovácie a investície do podpory zdravia a prevencie chorôb. Prístupy riadenia zdravia obyvateľstva budú zahŕňať riadenie prostredníctvom štátnych politík a legislatívy, ako aj nové formy spolupráce so združenými inštitúciami.

Zdravie 2020 potvrdzuje, že jednotlivé krajiny majú nielen rôznu východiskovú situáciu ale aj iný kontext a kapacity. Mnohé politické rozhodnutia týkajúce sa zdravia musia byť robené v podmienkach neistých a nedokonalých poznatkov, keďže širšie systémové dôsledky mnohých aspektov reformujúceho sa zdravotného systému nemožno celkom predpovedať. Riešenie zložitých problémov ako napríklad obezity, multimorbidity alebo neurodegeneratívnych ochorení je obrovskou výzvou. Čerpanie vedomostí zo sociálnych, behaviorálnych a politických vied sa stáva čím ďalej, tým dôležitejším. Štúdie poukazujú na význam podpory rozsahovo menších, ale zrozumiteľnejších intervencií na miestnej komunitnej úrovni, podporujúcich vzdelávanie a adaptáciu. Kooperácia v európskom regióne by mohla urýchliť napredovanie expertízy – každá krajina sa totiž môže nielen učiť, ale aj prispieť.

Záver

Zdravie 2020 je flexibilný a praktický politický rámec, ktorý zabezpečuje unikátnu platformu pre spoločné získavanie vedomostí a zdieľanie expertízy a pre výmenu skúseností medzi krajinami. Potvrdzuje, že každá krajina je jedinečná a že bude plniť tieto spoločné ciele rozdielnymi spôsobmi. Krajiny budú mať rozličné východiskové situácie a prístupy, ale sú zjednotené spoločným cieľom. Politická zaviazanosť voči tomuto procesu je základom a je vyjadrená v podobe regionálnych cieľov, ktoré stanovili členské krajiny európskeho regiónu WHO.

Literatúra

1. WHO. Health 2020 policy framework and strategy. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012. 147 s.
2. WHO. Second joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020. London, United Kingdom, 3–4 April 2014. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2014. 16 s. ISBN 978 92 890 5064 7
3. WHO. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. 82 s. ISBN 978 92 890 0043 7
4. WHO. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. 180 s. ISBN 978 92 890 0279 0
5. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. 16 s. ISBN 978 92 890 0278 3
6. WHO. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012. 107 s. ISBN 978 92 890 0274 5

Kontakt:

RNDr. Mário LEŽOVIČ, PhD., MPH
Fakulta verejného zdravotníctva
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Limbová 12, 833 03 Bratislava
E-mail: mario.lezovic@szu.sk

Vplyv včasnej rehabilitácie na samostatnosť pacienta po operácii drierkovej chrbtice

Marina Srpoňová^{1,2}, Zuzana Hudáková¹

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

²Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Súhrn

Práca sa zaoberá vplyvom včasnej rehabilitácie na samostatnosť pacienta po operácii drierkovej chrbtice. Sledovali sme pacientov na neurochirurgickej klinike Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku, ktorí absolvovali tzv. miniinvazívny operačný zákrok na drierkovej chrbtici, operačnú techniku TLIF (transforaminal interbody fusion). Využívaním menej invazívnej operačnej techniky sa skracuje čas potrebný na vertikalizáciu pacientov a zahájenie pooperačnej rehabilitácie (Durný, Rusnák, Sloboda, Šproch, 2011, s. 158). Vychádzajúc z poznatkov o pozitívnom vplyve miniinvazívnych operačných techník a včasnej rehabilitácie, monitorovali sme priebeh pooperačného obdobia pacientov, deň začiatku vertikalizácie pacienta a pacientovu sebestačnosť pri bežných denných činnostiach. Pri pacientoch, u ktorých bol vykonaný miniinvazívny operačný zákrok v drierkovej chrbtici, a ktorí dodržiavali zásady pooperačnej liečby, sme zaznamenali ľahší priebeh pooperačného obdobia a kratšiu dobu hospitalizácie. V deň odchodu boli sledovaní pacienti plne mobilní a aktivity bežného dňa vykonávali samostatne alebo s minimálnou dopomocou.

Kľúčové slová: Operácia drierkovej chrbtice. Miniinvazívny zákrok. Pooperačná rehabilitácia. TLIF.

Summary

The work examines the importance of early rehabilitation in the independence of the patient after lumbar spine surgery. We followed patients in the neurosurgical clinic of the Central Military Hospital in Ružomberok who have undergone a so called minimally invasive surgery of the lumbar spine, TLIF (transforaminal interbody fusion) surgical technique. Use of a less invasive surgical technique reduces the time needed to launch verticalisation of patients and postoperative rehabilitation (Durný, Rusnák, Sloboda, Šproch, 2011, s. 158). Taking into consideration the knowledge about the positive impact of mini-invasive surgical techniques and early rehabilitation, we monitored the progress of the postoperative period, first day of the verticalization of the patient and the patient's self-sufficiency in normal daily activities. In patients who have undergone a mini invasive surgery in the lumbar spine and who have followed the principles of postoperative treatment, a less complicated postoperative period and shorter hospital stay was observed. On the day of their release from the hospital the monitored patients were fully mobile and they carried out everyday activities independently or with minimal help.

Key words: Lumbar spine operation. Minimally invasive surgery. Postoperative rehabilitation. TLIF.

Úvod

Bolesti chrbta trápia čoraz väčšiu časť populácie. Niektorí odborníci ich zaraďujú do civilizačných ochorení. Sedenie v práci, v školách, doma pri počítači, nevhodná životospráva a nedostatok pohybu len podporujú stúpajúci charakter týchto bolestí. Najzaťažovanejšia a najnamáhanejšia oblasť chrbta, ktorá sa následne stáva zdrojom lokalizovanej alebo vyžarujúcej bolesti, je drierková chrbtica. Z drierkovej oblasti najviac trpí úsek L4/L5 a úsek L5/S1. Tieto úseky drierkovej chrbtice sú najviac namáhané preto, lebo je v nich rozsah pohybov najväčší (Klenková, 2010, s.11). Najviac zaťažovaný segment chrbtice je segment L5 – S1, kde sa na malej styčnej ploche koncentruje zaťaženie dané, okrem iného, hmotnosťou celej hornej polovice tela. Pokiaľ ide o skelet tohto segmentu, znáša asi 15 % deformácie a pevnosť v tlaku dosahuje až 7,0 kPa (Navrátil, Rosina et al., 2005, p. 524). Segmenty L4-L5 a L5-S1 sú zároveň aj najčastejšou oblasťou operačného zákroku.

Operačná technika TLIF

Rozhodnutie pristúpiť k operácii je veľmi závažné ako zo strany pacienta, tak aj zo strany lekára (Rusnák, 2010, s. 86). Chirurgický zákrok sa indikuje pri: nezlátnuteľných bolestiach, poškodení nervových štruktúr, instabilite, stenóze chrbticového kanála nad 50 %, po traumách, znížení prednej hrany stavca o viac ako 50 %, pri nádoroch (Kolář, 2009). Operačná liečba

je opodstatnená aj pri: poškodení medzistavcovej platničky, pokročilej osteochondróze intervertebrálneho disku, primárnej a sekundárnej (získanej) spinálnej stenóze (Durný a kol., 2011, s. 147). V súčasnosti existuje viacero operačných techník, ktoré sa dajú využiť pri liečbe medzistavcových platničiek v drierkovej chrbtici. Základné operačné techniky možno rozdeliť na tri typy:

- dekompresívne,
 - fúzne,
 - dynamické stabilizácie
- (Rusnák, 2011, s. 103).

Operačná technika TLIF patrí do fúzií. Predstavuje kombináciu PLF (posterolateral fusion) a IBF (interbody fusion). Spočíva v niekoľkých krokoch: vstup do medzistavcového priestoru, odstránenie časti poškodenej platničky, náhrada platničky umelým alebo prírodným štepom, fixácia segmentu, biologický proces, ktorého výsledkom je pevná intersomatická fúzia (Ullrich, 2013). Technika TLIF je zaradená do miniinvazívnych fúzií z niekoľkých dôvodov:

- ide o minimálnu resekciu skeletu s jednostranným zachovaním intaktného medzistavcového zhybu,
- miniinvazívna preparácia s ponechaním svalových úponov,

- minimálna manipulácia s nervovými štruktúrami spinálneho kanála s níženým rizikom poškodenia nervových štruktúr,
- skrátenie celkového času operácie,
- zníženie krvných strát o viac ako polovicu,
- zníženie spotreby analgosedácie,
- včasná vertikalizácia,
- skrátenie doby rekonvalescencie,
- nižšie riziko vzniku infekčnej komplikácie,
- operačný prístup vedený dvomi krátkymi operačnými ranami (Rusnák, 2010, s. 48).

Do fúzií sa okrem techniky TLIF zaraďujú aj:

- PLIF – postlateral interbody fusion (postlatereálne medzistavcové fúzie),
- ALIF – anterior lumbal interbody fusion (predné medzistavcové fúzie),
- CAPF – combined anterior posterior fusion (kombinované predné a zadné fúzie) (Rusnák, 2010, s. 34).

Voľba operačného prístupu závisí od aktuálneho stavu pacienta, veľkosti poškodenia platničky, grafickej dokumentácie a dominantného klinického obrazu. Ak v klinickom obraze dominujú bolesti driekovej chrbtice s pluriradikulárnou projekciou na dolné končatiny, s obrazom neurogénnych klaudkácií, operatér volí širokú dekompresiu s následnou medzitelovou fúziou technikou PLIF. Alternatívou je TLIF, pre ktorý sa operatér rozhodne v prípade útlaku nervových štruktúr v zóne laterálneho recesu, alebo vo foraminálnej oblasti (Durný a kol., 2011, s. 150).

Možnosti včasnej rehabilitácie po chirurgickom zákroku v driekovej chrbtici

Včasná rehabilitácia po operácii driekovej chrbtice má nesmierne dôležitú úlohu v komplexnej starostlivosti o pacienta. Jej cieľom je dosiahnuť pacientovu sebestačnosť, zlepšiť jeho celkovú kondíciu a edukovať ho o zásadách pooperačného režimu, aby sa aj po takomto veľkom zákroku nezhoršila kvalita jeho života. Rehabilitačná liečba, ktorú sme uplatnili u pacientov na neurochirurgickej klinike, ÚVN (Ústrednej vojenskej nemocnici) v Ružomberku a bola zložená z dvoch častí: liečebnej telesnej výchovy a edukácie o pooperačnej životospráve. Liečebná telesná výchova zahŕňala:

- cievnu gymnastiku,
- lokalizovanú dýchaciu gymnastiku, s dôrazom na bráničné dýchanie,
- aktívne precvičovanie horných a dolných končatín,
- izometrické napínanie gluteálneho a stehenného svalstva a svalstva panvového dna,
- izometrické posilňovanie chrbtového svalstva,
- vertikalizáciu a mobilizáciu pacienta 24 hodín po operačnom zákroku,
- poučenie o pooperačnom režime,
- školu chrbta.

Poučenie pacienta o pooperačnom režime tvorí gro rehabilitácie pacienta po operačnom zákroku na driekovej chrbtici. Dodržiavanie týchto zásad je nesmierne dôležité pre skorú vertikalizáciu a mobilizáciu pacienta, ergonomické

vykonávanie bežných denných činností a zároveň umožňuje bezpečnú osifikáciu implantátu a hojenie oblasti chirurgickej intervencie. Po dobu 6 týždňov by mal pacient dodržiavať nasledovné zásady:

- denne cvičiť naučenú zostavu,
- na posteli sa otáčať a posúvať ako celok, bez pohybov v driekovej chrbtici,
- neohýbať, nerotovať, nezakláňať trup,
- používať toaletu so zvyšovačom,
- dolnú polovicu tela obliekať v ľahu na boku, či chrbáte s pokrčením dolných končatín,
- pri chôdzi nosiť bedrový pás,
- predmety zo zeme dvíhať cez kľak a dolné končatiny, neflektovať trup,
- 2 až 3 týždne nesediť – príjem potravín absolvovať v stoji,
- po tejto dobe nacvičovať sed na stoličke – nie gauči, či fotelke, s postupným predlžovaním času sedenia na 1 hodinu. Po dosiahnutí tohto časového intervalu, končí nácvik sedu a pacient môže bez obmedzenia sedieť. Neodporúča sa však niekoľkohodinový sed.
- vyhýbať sa ofúknutiu chrbta, dlhodobej chôdzi, noseniu ťažkých bremien v jednej ruke, dlhodobému sedu, kúpaniu vo vani – vhodné sprchovanie.

Po 6 týždňoch prichádza pacient na kontrolu a po schválení operatérom môže postupne rozcvičovať chrbticu. Po tomto období nasleduje fáza neskoršej rehabilitácie a zásady tohto obdobia by mal pacient dodržiavať celoživotne.

Prieskum

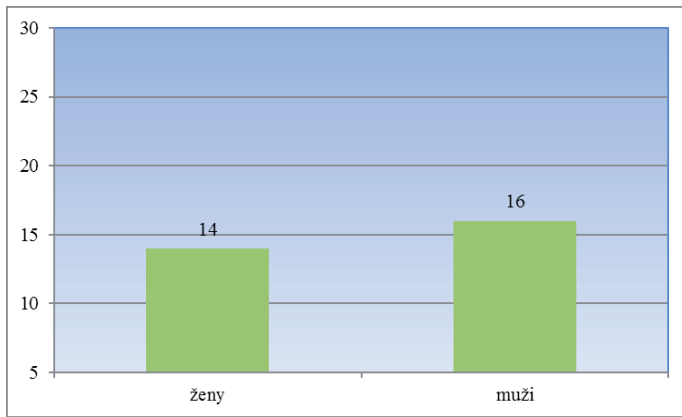
Vlastný prieskum sme zamerali na vyhodnotenie významu včasnej pooperačnej rehabilitácie po operácii driekovej chrbtice. Prieskum bol vykonaný na Neurochirurgickej klinike ÚVN od októbra 2014 do decembra 2014. Prieskumnú vzorku tvorilo 30 pacientov po operačnom zákroku TLIF. Ciele prieskumu:

1. Zistiť, či menej invazívna operačná technika TLIF umožní samostatnú vertikalizáciu pacienta 24 hodín po operácii.
2. Zistiť, či včasná rehabilitácia pacienta po menej invazívnej operačnej technike TLIF podporí pacientovu sebestačnosť na konci hospitalizácie.

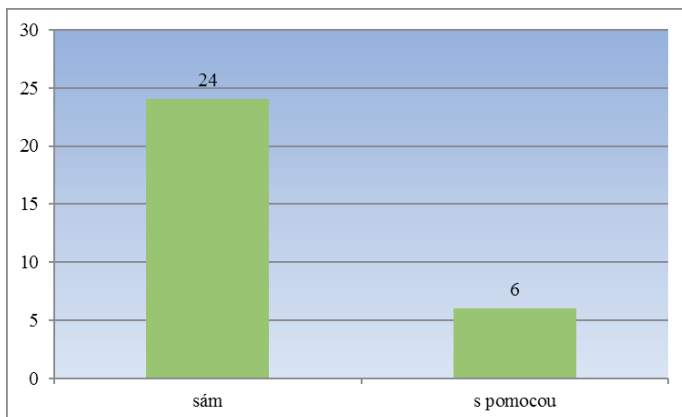
Na získanie údajov sme využili modifikovaný dotazník Funkčný geriatrický index (FGI), nakoľko spomenutý index najviac vystihuje problémy, ktorým čelia pacienti po operácii driekovej chrbtice. Hodnotili sme pacientovu sebestačnosť pri: otáčaní sa na posteli, postavení a líhaní do postele, chôdzu po rovine, chôdzu po schodoch, chôdzu na určitú vzdialenosť, zdvihnutie predmetu zo zeme, prekročenie prekážky, umývanie, sprchovanie sa a umývanie hlavy, jedenie, obliekanie hornej polovice tela, obliekanie dolnej polovice tela, použitie WC a samostatnosť pri vertikalizácii. Rozdali sme 37 dotazníkov, vrátilo sa 30.

Výsledky prieskumu

Výskumnú vzorku tvorilo 30 pacientov, z toho 14 žien a 16 mužov, vo veku 42 až 68 rokov.

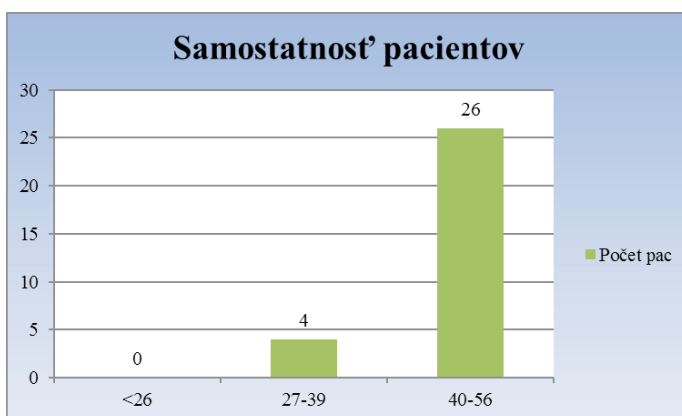


Graf 1 Pomer počtu žien a mužov



Graf 2 Vertikalizácia pacientov 24 hodín po operácii

V prvom celi sme sledovali, či pacienti po operačnom zákroku TLIF zvládnu samostatnú vertikalizáciu 24 hodín po operačnom zákroku. Pacienti boli vertikalizovaní po inštruktáži fyzioterapeutom a za jeho prítomnosti. Z celkového počtu pacientov 30, pomoc zdravotníckeho personálu pri vertikalizácii potrebovalo len 6 pacientov. Zvyšní 24 pacienti vertikalizáciu zvládli samostatne. Prvý predpoklad sa nám potvrdil.



Graf 3 Samostatnosť pacientov na konci hospitalizácie

V ďalšom celi prieskumu sme sledovali samostatnosť pacienta po absolvovaní komplexnej včasnej pooperačnej rehabilitácie. Nakoľko sme FGI modifikovali a prispôbili pooperačnému obdobiu, pacient mohol získať maximálne 52 bodov pri plne zachovalých funkciách. Maximálnu sebestačnosť dosiahli tí pacienti, u ktorých sa rozmedzie bodov získaných pri hodnotení samostatnosti, pohybovalo v rozmedzí 40 až 52

bodov. Pacienti, ktorých počet bodov sa pohyboval medzi 27 a 40 bodmi, potrebovali minimálnu pomoc pri bežných denných aktivitách. Získaných 26 bodov a menej znamenalo pacientovu závislosť na inej osobe.

Z celkového počtu 30 pacientov, boli po skončení rehabilitácie 26 pacienti úplne samostatní, 4 potrebovali minimálnu pomoc na zvládnutie bežných denných aktivít a ani jeden pacient nepotreboval pomoc druhej osoby na zvládnutie bežných denných aktivít, čo potvrdilo kladný vplyv včasnej rehabilitácie na samostatnosť pacienta po operačnom zákroku TLIF.

Diskusia a záver

Operatér, v snahe uľahčiť pooperačný priebeh, predísť vzniku pooperačných komplikácií a s cieľom čo najskoršej mobilizácie pacienta volí aj pri fúziách čo najmenej invazívnu metódu. Do nej sa zaraďuje operačná technika TLIF. Laterálna technika minimálne poškodzuje erektory driekovej chrbtice, umožňuje vyhnúť sa poraneniu nervových koreňov a durálnemu vaku a umožňuje aj unilaterálny prístup, ktorý je dostatočný aj pre obojstrannú dekompresiu v postihnutom segmente (Hollý a kol., 2006). Menej invazívny prístup umožňuje aj čo najskoršie zahájenie pooperačnej rehabilitácie, čo najskoršiu vertikalizáciu, samostatnosť pacienta a skrátenie doby hospitalizácie. Rusnák porovnával pooperačné obdobie pacientov s menej invazívnym operačným zákrokom TLIF a viac invazívnu operačnou technikou PLIF, a u pacientov po operačnom zákroku TLIF zaznamenal skrátenie priemernej doby hospitalizácie a skoršiu vertikalizáciu. U pacientov, ktorí boli operovaní operačnou technikou TLIF, zaznamenal skrátenie priemernej doby hospitalizácie na 10,80 dňa v porovnaní s pacientmi operovanými metódou PLIF, kde priemerná doba hospitalizácie trvala 11,65 dňa. Pacienti operovaní metódou TLIF boli vertikalizovaní 1,04 deň po operácii a pacienti s metódou PLIF 2,2 dni po operácii (Rusnák, 2010, s. 79-80). Podobné výsledky sme zaznamenali aj pri sledovaní našich pacientov. Pacienti, ktorí boli zaradení do nášho prieskumu a operovaní technikou TLIF boli vertikalizovaní 24 hodín po operácii. Pri vertikalizácii sme sledovali aj ich samostatnosť a za úspech považujeme, že vertikalizáciu zvládlo samostatne až 24 pacientov hneď v prvý pooperačný deň. Za úspech považujeme aj fakt, že prvý pooperačný deň rehabilitáciu tolerovali všetci sledovaní pacienti. Sledovaní pacienti boli rehabilitovaní denne a dodržiavanie pooperačných zásad dopomohlo k rýchlemu nástupu ich samostatnosti. V deň ukončenia hospitalizácie ani jeden pacient z nášho súboru nebol závislý na starostlivosti a pomoci druhej osoby. Maximálnu samostatnosť pri aktivitách denného života dosiahlo 24 pacientov, čo predstavuje 86,7%. Zvyšných 13,3 % vykonanie týchto aktivít zvládalo s minimálnou dopomocou zdravotníckeho personálu. Nakoľko sme zaznamenali pozitívne účinky včasnej pooperačnej rehabilitácie, odporúčame ju zaradiť do komplexnej pooperačnej starostlivosti o každého pacienta, ktorý takýto typ operácie absolvuje.

Pacient pri rozhodnutí sa, že postúpi operačný zákrok vkladá svoju dôveru nielen do rúk operátora, ale aj každého ďalšieho zdravotníckeho pracovníka, s ktorým v pooperačnom období príde do kontaktu. Preto chceme na záver vydvihnúť aj dôležitosť kvalitnej multidisciplinárnej spolupráce zdravotníckeho personálu, ktorý prichádza do styku s takýmto pacientom.

Literatúra

1. Durný, P., Rusnák, R., Sloboda, T., Šproch, M. 2011. Konceptia menej invazívnej chirurgickej liečby degeneratívnych ochorení drierkovej chrbtice. In Medziodborová spolupráca pri riešení ochorenia mozgu a chrbtice : Zborník z 1. celoslovenskej konferencie. Ružomberok: Verbum, 2011. ISBN 978-80-8084-811-8, s.147, 150.
2. Holly, LT., Scwender, JD., Ruben, DP, Foley, KT. 2006. Minimally invasive transforaminal interbody fusion: indications, technique and complications. NeurosurgFocus, 2006; 20(3): E6.
3. Navrátil, L., Rosina, J. a kol. Medicínska biofyzika. Praha: Grada, 2005. 524 s. ISBN 80-247-1152-4.
4. Klenková, M., Kazimír, J. 2010. Bolesti v krížoch a Pilates medical. 1.vyd. Bratislava: Slovart, 2010. 11 s. ISBN 978-80-556-0185-4.
5. Kolař, P. 2009. Rehabilitace v klinické praxi. 1.vyd. Praha: Galen, 2009. 467 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
6. Rusnák, R., Durný, P., Šproch, M., Rigo, F. 2011. Prehľad chirurgických možností liečby medzistavcových platničiek v drierkovej oblasti. In Medziodborová spolupráca pri riešení ochorenia mozgu a chrbtice : Zborník z 1. celoslovenskej konferencie. Ružomberok: Verbum, 2011. ISBN 978-80-8084-811-8, s.103, 156.
7. Rusnák, R., 2010. Infekčné komplikácie pri neurochirurgických operáciách chrbtice : dizertačná práca. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2010. s. 34, 48, 79, 80, 86.
8. Ullrich, F. Peter., 2013. Lumbar spinal fusion surgery. In Spine health [online]. 2013 [cit. 2014.12.3]. Dostupné na <http://www.spine-health.com/treatment/spinal-fusion/lumbar-spinal-fusion-surgery>

Kontakt:

Mgr. Marina SRPOŇOVÁ
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: marina.srponova@ku.sk

Rodina ako súčasť sociálnej opory chirurgického pacienta

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Sociálna opora je v živote človeka veľmi významná, osobitne pri rôznych zdravotných problémoch, a teda aj u chirurgického pacienta. Nielen prežívanie náročných situácií vyplývajúcich z ochorenia a hospitalizácie chirurgického pacienta, ale aj rozhodovanie v týchto situáciách môžu byť pozitívne ovplyvnené sociálnou oporou, ktorú pre pacienta predstavujú jeho podporné osoby, resp. rodina. Ide o pomocný a podporný vzťah ľudí, ktorí sú človeku v tiesni najbližší. Článok prináša nielen charakteristiky rodiny v zmysle sociálnej opory chirurgického pacienta, ale aj výsledky výskumu zameraného na zmapovanie prežívania stresu u pacientov v súvislosti s operačnou terapiou a zistenie možností jeho redukcie predovšetkým vo vzťahu k sociálnej opore zo strany rodiny pacienta.

Kľúčové slová: Sociálna opora. Rodina. Chirurgický pacient. Operačná terapia. Stres.

Summary

Social support plays an inevitable role in the human life especially when the health problems occur including problems of the surgical patient. The social support that for the patient is represented by his/her supportive people or rather family may positively influence not only going through strenuous situations resulting from the illness and hospitalization of the surgical patient but also making decisions in these situations. It is a helping and supportive relationship between the people who are next of kin and the patient in distress. The paper brings not only characterization of the family from the point of view of social support for the surgical patient but also the results of the survey focused on monitoring how the patients go through stress connected with surgical intervention. The attempt of the survey was also to find out possibilities how to reduce the stress by involvement of social support provided by the family of the patient.

Key words: Social support. Family. Surgical patient. Surgical intervention. Stress.

Úvod

„Sociálna opora má významné postavenie v živote každého človeka. Jej význam však narastá pri zhoršení zdravotného stavu vplyvom ochorenia alebo úrazu, alebo v náročných životných situáciách. Sestry ako predstaviteľky jednej z pomáhajúcich profesií sú s ľuďmi v takýchto situáciách v blízkom kontakte tak v zdravotníckych zariadeniach, ako aj v komunite, a predstavujú pre nich významný zdroj sociálnej opory“ (Magerčiaková, 2010, s. 533). Ďalším dôležitým zdrojom sociálnej opory chirurgického pacienta je jeho rodina. Sociálna opora „spočíva v dobrých interpersonálnych vzťahoch, v sociálnom zázemí rodiny, priateľov a známych, prípadne záujmových a iných inštitúcií a v pracovnom kolektíve. V rozsiahlych epidemiologických štúdiách J. Cassel v r. 1974 zistil, že narušené sociálne pomery robia ľudí zraniteľnejšími v oblasti fyzického zdravia aj duševnej pohody. Opísal častejší výskyt závažnejších ochorení, úrazov a otráv, horšie výsledky liečby a rehabilitácie u ľudí žijúcich v nestabilnom rodinnom prostredí“ (Sociologický ústav ČSAV, 1994, s. 32).

Křivohlavý (2003) uvádza, že o sociálnej opore hovoríme najčastejšie tam, kde ide o pomocný a podporný vzťah ľudí, ktorí sú danému človeku v tiesni najbližší. Je nevyhnutné rozlišovať objektívny pohľad na sociálnu oporu, t. j. to, čo je videné zvonku ako pomoc danej osobe, a subjektívny pohľad na sociálnu oporu, ktorý zahŕňa to, čo táto osoba chápe ako pomoc. Ten, kto sociálnu oporu dostáva, sa označuje ako príjemca - recipient, a naopak ten, kto sociálnu oporu poskytuje, sa nazýva pomáhajúci.

Mastiliaková (1999, s. 129) uvádza, že výsledky „výskumu dokazujú, že spoločenská opora modifikuje potenciálne negatívne vplyvy stresu a pomáha ľuďom ich zvládať. Je dokázané, že ľudia so silnou spoločenskou oporou majú menej ochorení, majú pozitívnejšie duševné zdravie a žijú dlhšie. Zdá sa, že spoločenská opora je najviac nápomocná tým ľuďom, ktorí prežívajú vysoko

stresovú situáciu“. Autorka zároveň zaraďuje využitie dostupnej sociálnej opory medzi základné techniky zvládania stresu. Podľa Vágnerovej (2004, s. 54) protektívne faktory a mechanizmy zvládania záťažových situácií „zahŕňajú aj dostupnú sociálnu oporu, ktorá môže mať rôzny charakter (ide napr. o podporu rodiny, priateľov, partnera či širšej sociálnej siete, zahŕňajúcej aj pomoc profesionálov). V zásade ide o to, aby vôbec nejaká opora tohto druhu bola k dispozícii a aby ju ohrozený jedinec dokázal rozoznať, prijať a využiť. Jej chýbanie býva ako príčinou, tak aj následkom rôznych psychických problémov“.

Sociálna opora sa javí ako dôležitý moment v procese zvládania životných ťažkostí najmä tam, kde človek ochorie, dostáva sa do určitej životnej krízy, bol postihnutý nehodou alebo úrazom, bol nejakou udalosťou hlboko sklamaný napr. po úmrtí blízkeho človeka, stojí pred závažným rozhodnutím a podobne (Křivohlavý, 2003).

Sociálna opora je súčasťou sociálnych potrieb. Človek potrebuje spoločnosť členov rodiny, priateľov alebo spolupracovníkov, čo sa prejavuje ako potreba sociálneho styku, porozumenia a vzájomnej pomoci. Má potrebu starať sa o druhých a zároveň prijímať starostlivosť o svoju osobu. Preto pacient v nemocnici potrebuje návštevy príbuzných, nedostatok kontaktu s rodinou a známymi môže spomaľovať proces uzdravovania, prípadne sa zdravotný stav môže zhoršiť (Rozsypalová a kol., 2003). Pri sociálnej opore je potrebné vnímať nielen množstvo poskytovanej sociálnej opory, ale aj jej kvalitu (napr. množstvo ľudí, ktorí navštívia určitého pacienta v nemocnici, a kvalita nimi poskytovanej starostlivosti). Tá môže byť totiž odlišne hodnotená poskytovateľom na jednej strane a príjemcom na strane druhej (Křivohlavý, 2003).

„Pri vyrovnávaní sa so stresom je dôležitá podpora blízkych ľudí - členov rodiny, priateľov. Je dobré, ak človek nájde

niekoho, komu sa môže bez obáv zdôveriť so svojimi starosťami a ťažkosťami. Často prispeje k uľahčeniu situácie už len to, že ho niekto blízky pozorne vypočuje“ (Rozsypalová a kol., 2003, s. 50).

Na základe Charty práv pacienta v Slovenskej republike má pacient právo „využívať podporu svojej rodiny a priateľov počas poskytovania zdravotnej starostlivosti pri dodržiavaní podmienok ustanovených zdravotníckym zariadením“ (Nemčeková a kol., 2004, s. 210). V súlade s rešpektovaním tohto práva je dôležité napomáhať využivaniu sociálnej opory zo strany chirurgických pacientov. Choroba a zvlášť hospitalizácia s ňou spojená je pre väčšinu chorých náročnou životnou situáciou a môže byť sprevádzaná intenzívnymi negatívnymi zážitkami, spojenými s emóciami, ktoré sú pre organizmus nepriaznivé (Jandová, 2003). „Akékoľvek ochorenie pôsobí na psychiku človeka nepriaznivo. Choroba mení zvyčajný spôsob života, na kratšiu či dlhšiu dobu obmedzuje človeka v jeho bežných návykoch, znižuje výkon v povolani alebo ho priamo znemožňuje, často narúša alebo mení medziľudské vzťahy. Choroba vyžaduje určitú mieru adaptácie na novú situáciu, vyrovnávanie sa s nepriaznivými, často bolestivými prejavmi, kladie zvýšené nároky na jednotlivca v náhle zmenených podmienkach“ (Čechová a kol., 2001, s. 67).

Stresogénnym faktorom u chirurgického pacienta, resp. faktorom ktorý negatívne vplyva na jeho prežívanie, je nielen samotné ochorenie či úraz, ale často aj indikácia operačného výkonu, infekcia, bolestivé procedúry a mnohé ďalšie (Magerčiaková, 2011). Nielen prežívanie náročných situácií vyplývajúcich zo ochorenia a hospitalizácie chirurgického pacienta, ale aj rozhodovanie v týchto situáciách môžu byť pozitívne ovplyvnené sociálnou oporou, ktorú pre pacienta predstavujú jeho podporné osoby, resp. rodina. Optimálne fungujúca „rodina je pre chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu umožňuje dostupnú a zvládnuteľnú sociálnu interakciu, môže mu poskytnúť potrebné emočné zázemie a podporu. Nakoniec býva jediným prostredím, v ktorom chorému zostávajú individuálne špecifické roly a kde nie je anonymizovaný“ (Vágnerová, 2004).

Ciele výskumu

Pre potreby článku sme vybrali nasledovný cieľ širšie koncipovaného výskumu:

- Zmapovať prežívanie stresu u pacientov v súvislosti s operačnou terapiou a zistiť možnosti jeho redukcie predovšetkým vo vzťahu k sociálnej opore zo strany rodiny.

Metodika výskumu a výskumný súbor

Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu - neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie.

Výskumný súbor tvorilo 448 pacientov s chirurgickým ochorením alebo po úraze hospitalizovaných na chirurgickom klinickom pracovisku (vo 8 ústavných zdravotníckych zariadeniach SR), u ktorých bol realizovaný operačný výkon. Výber respondentov bol zámerný. Zaraďujúce kritériá boli absolvovaný operačný výkon v rámci súčasnej hospitalizácie, pooperačné obdobie, spolupracujúci pacient (bez kognitívnej poruchy), vek od 18 rokov neobmedzene. Vyradujúce kritériá platné pre výskumný súbor pacientov boli naopak hospitalizácia bez operačnej terapie, vek do 18 rokov, nespolupráca pacienta alebo neschopnosť vyplniť dotazník. Respondenti boli vo veku od 18 do 86 rokov, priemerný vek respondentov bol 50 rokov. Vo výskumnom súbore pacientov bolo 254 žien a 194 mužov. Z celkového počtu respondentov bolo 271 hospitalizovaných z dôvodu plánovaného operačného výkonu, naopak 142 respondentov podstúpilo náhlu operáciu a 35 bolo chirurgicky liečených pre úraz.

Prezentácia výsledkov

Prostredníctvom dotazníka sme zisťovali, či pacienti prežívali alebo prežívajú stres v súvislosti s nedávno absolvovaným operačným výkonom. 42,2 % respondentov potvrdzuje, že prežívali stres viac pred operačným výkonom než po ňom, 33,9 % respondentov prežívalo stres rovnako pred aj po operačnom výkone, 6,3 % respondentov viac po operácii ako pred ňou. Iba 12,3 % respondentov neprežívalo stres v súvislosti s operačným výkonom a 5,4 % respondentov nevie túto skutočnosť posúdiť. Odpovede respondentov sú prezentované v tabuľke 1.

Ďalej sme sa zamerali na zmapovanie názorov pacientov, na to, či každý operačný výkon predstavuje pre človeka telesnú, ale aj duševnú záťaž. 86,8% pacientov zastáva názor, že každý operačný výkon predstavuje pre človeka telesnú, ale aj duševnú záťaž, túto skutočnosť nevie posúdiť 7,8 % pacientov a iba 5,4 % pacientov si myslí, že operačný výkon nie je psychickou a fyzickou záťažou pre človeka (pozri Tabuľka 2).

Tabuľka 1 Prežívanie stresu v súvislosti s operačnou terapiou

Možnosti odpovede	n	%
Áno, rovnako pred operáciou aj po operácii	152	33,9
Áno, viac pred operáciou ako po operácii	189	42,2
Áno, viac po operácii ako pred operáciou	28	6,3
Nie	55	12,3
Neviem posúdiť	24	5,3
Spolu	448	100,0

Tabuľka 2 Operačný výkon ako zdroj záťaže

Možnosti odpovede	n	%
Áno	389	86,8
Nie	24	5,4
Neviem posúdiť	35	7,8
Spolu	448	100,0

Tiež nás zaujímalo, čo pôsobilo najviac stresujúco na pacientov pred operačným výkonom, resp. čoho sa najviac obávali. Odpovede respondentov na túto oblasť sú uvedené v tabuľke 3. Ako najčastejšie stresogénne faktory pred absolvovaním operačného výkonu pacienti označili samotný operačný výkon a jeho úspešnosť (59,4 %), komplikácie počas

alebo po operácii (42,9 %), bolesť po operácii (32,4 %), anestéziu (30,1 %) a trvalé následky operačného výkonu, resp. zmeny na tele (23,7 %). V súvislosti s rodinou uviedli stresogénne faktory ako odlúčenie od rodiny a blízkych (17,9 %) a narušenie vzťahov v rodine (1,6 %).

Tabuľka 3 Stresogénne faktory pred operačným výkonom

Stresogénny faktor	%
Nevhodná komunikácia zdravotníckych pracovníkov	1,3
Narušenie vzťahov v rodine ¹	1,6
Zlé skúsenosti z predchádzajúcej operácie a alebo hospitalizácie	2,7
Správanie zdravotníckych pracovníkov	3,3
Náročná predoperačná príprava	4,0
Nedostatočná informovanosť zo strany zdravotníkov	4,7
Nemožnosť vykonávať doterajšiu prácu	4,9
Riziko zopakovania negatívnych skúseností z predchádzajúcej operácie	5,4
Strata súkromia	10,3
Neznáme prostredie	11,4
Obmedzenie pohyblivosti	15,6
Poškodenie zdravia alebo riziko smrti	17,6
Odlúčenie od rodiny a blízkych	17,9
Trvalé následky operačného výkonu, zmeny na tele	23,7
Anestézia (narkóza)	30,1
Bolesť po operácii	32,4
Komplikácie počas alebo po operácii	42,9
Samotný operačný výkon a jeho úspešnosť ²	59,4

Dotazníkom sme tiež zisťovali, čo pôsobilo na pacientov najviac stresujúco po operačnom výkone, resp. čoho sa najviac obávali. Ako najčastejšie stresogénne faktory po absolvovanom operačnom výkone pacienti uviedli riziko komplikácií (56,7 %),

bolesť v mieste operačnej rany (41,5 %) a výsledok histologického vyšetrenia (23,0 %). Odlúčenie od rodiny ako stresogénny faktor uviedlo 15,4 % pacientov (pozri Tabuľka 4).

Tabuľka 4 Stresogénne faktory po operačnom výkone

Stresogénny faktor	%
Nutnosť zmeny zamestnania	3,8
Prostredie pooperačnej izby	6,3
Problémy pri vykonávaní práce	6,3
Strata súkromia	10,9
Odlúčenie od rodiny	15,4
Zmeny na tele po operácii	16,3
Nemožnosť vykonávať bežné denné činnosti	16,7
Výsledok histologického vyšetrenia	23,0
Bolesť v mieste operačnej rany	41,5
Riziko komplikácií	56,7

Oblasťou nášho záujmu v realizovanom výskume bolo aj to, čo pacienti robia alebo by robili pre zmiernenie stresu. V tabuľke 5 sú uvedené najčastejšie spôsoby, ktoré pacienti využívajú pre zmiernenie stresu. Najčastejšie sa snažia získať informácie od zdravotníckych pracovníkov (50,4%), 33,7% pacientov

sa snaží nemyslieť na to, čo im spôsobuje psychickú záťaž, 32,4% pacientov pre zmiernenie stresu komunikuje s rodinnými príslušníkmi, modlitbou si zmiernuje stres 32,1% pacientov a 19,4% pacientov vyhľadáva informácie od iných pacientov.

Tabuľka 5 Spôsoby zmiernovania stresu

Spôsob zmiernovania stresu	%
Vyhľadávam informácie od iných pacientov	19,4
Modlím sa	32,1
Komunikujem s rodinnými príslušníkmi	32,4
Snažím sa nemyslieť na to, čo mi spôsobuje psychickú záťaž	33,7
Snažím sa získať informácie od zdravotníckych pracovníkov	50,4

Pacientov sme sa pýtali aj na to, čo predovšetkým prispelo k zmierneniu stresu pred a po operačnom výkone. Podľa odpovedí pacientov, ktoré sú prehľadne uvedené v tabuľke 6, prispela k zmierneniu ich stresu pred a po operačnom výkone

predovšetkým komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi (50,9%), ale aj kontakt s rodinou a blízkymi (41,3%) a informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov (39,3%).

Tabuľka 6 Faktory zmiernujúce stres

Zmierňujúci faktor	%
Informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov	39,3
Kontakt s rodinou alebo blízkymi	41,3
Komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi	50,9

V odpovediach na otázku zameranú na starostlivosť sestier o duševnú stránku pacienta prehľadne uvedených v tabuľke 7 dominovali dostatočná informovanosť o predoperačnej príprave (44,9%) a pooperačnom režime (37,1%). Na ďalších miestach pacienti uviedli umožnenie kontaktu s príbuznými

(31%), zabezpečenie psychickej pohody rozhovorom (29,9%), starostlivosť o pokojné prostredie (26,6%), starostlivosť o spánok (20,1%) a dostatočnú informovanosť o operačnom výkone (18,3%).

Tabuľka 7 Zameranie činnosti sestier v starostlivosti o duševnú stránku pacienta

Možnosti odpovede	%
Dostatočná informovanosť o operačnom výkone	18,3
Starostlivosť o spánok	20,1
Starostlivosť o pokojné prostredie	26,6
Zabezpečenie psychickej pohody rozhovorom	29,9
Umožnenie kontaktu s príbuznými	31,0
Dostatočná informovanosť o pooperačnom režime	37,1
Dostatočná informovanosť o predoperačnej príprave	44,9

V kontexte zamerania výskumu sme zistovali aj návrhy pre zlepšenie duševnej prípravy pacienta na operáciu. Pacienti pre zlepšenie psychickej predoperačnej prípravy navrhujú zvýšenie informovanosti pacientov zo strany lekára (57,1 %), zlepšenie celkovej komunikácie zdravotníckych pracovníkov s pacientom

(35 %), zabezpečiť vhodnejšie prostredie pre pacienta (23,2 %), zvýšiť informovanosť pacienta zo strany sestry (20,1%), umožniť kontakt s rodinnými príslušníkmi (12,1 %) alebo v čo najväčšej miere umožniť ich prítomnosť pri pacientovi (9,4 %) (pozri Tabuľka 8).

Tabuľka 8 Návrhy pre zlepšenie psychickej predoperačnej prípravy

Možnosti odpovede	%
Umožniť v čo najväčšej miere prítomnosť blízkych pri pacientovi	9,4
Umožniť kontakt s blízkymi	12,1
Zvýšiť informovanosť pacientov zo strany sestry	20,1
Zabezpečiť vhodnejšie prostredie pre pacienta	23,2
Zlepšiť celkovú komunikáciu zdravotníkov s pacientom	35,0
Zvýšiť informovanosť pacientov zo strany lekára	57,1

Diskusia

Samotné chirurgické ochorenie alebo operačná terapia vo výraznej miere ovplyvňujú aj psychické prežívanie pacienta. „Každé ochorenie vyvoláva u pacienta určitú psychickú odozvu, subjektívne prežívanie a hodnotenie choroby a jej následkov. Individuálna reakcia chorého na chorobné príznaky, jeho postoj k chorobe a zdraviu, ako aj všetky ostatné psychologické faktory môžu ovplyvniť liečbu, priebeh choroby i výsledný stav, preto sa musia pri starostlivosti o pacienta zohľadniť“ (Tesařová in Kolektív autorov, 2003, s. 100).

V súvislosti s prežívaním chirurgického pacienta je možné hovoriť v dimenziách prežívania stresu. Mastiliaková (1999, s. 10) uvádza, že „stres/ distres zvyšuje náchylnosť osôb ku chorobám a každý chorý človek prežíva tak somatickú, ako aj psychickú nerovnováhu. Somatická nerovnováha vytvára psychickú nerovnováhu a psychická nerovnováha vytvára somatickú“. Prežívanie stresu potvrdili aj pacienti v rámci nášho výskumu. Celkom 82,4% pacientov potvrdilo, že prežívali alebo prežívajú stres v súvislosti s absolvovaným operačným výkonom, a to rovnako pred operáciou aj po operácii (33,9%), viac pred operáciou ako po operácii (42,2%) alebo viac po operácii ako pred operáciou (6,3%). Zároveň väčšina pacientov (86,8%) zastáva názor, že každý operačný výkon predstavuje pre človeka telesnú, ale aj duševnú záťaž. Morovicsová (2007, s. 5) uvádza podobné výsledky, pričom „prítomnosť psychických problémov v predoperačnom období uviedlo 66,6% pacientov“.

Faktor, ktorý vyvoláva stres, je stresogénny faktor alebo stresor. U chirurgického pacienta ide o kombináciu fyziologických (bolesť, sťažené dýchanie a podobne) a psychických stresorov (ohrozenie, nebezpečenstvo, trauma, informačné preťaženie, atď.) (Kolektív autorov, 1987). V našej skupine respondentov - pacientov dominovali medzi uvádzanými stresogénnymi faktormi v období pred operáciou samotný operačný výkon a jeho úspešnosť (59,4%), komplikácie počas alebo po operácii (42,9%), bolesť po operácii (32,4%), anestézia (30,1%) a trvalé následky operačného výkonu alebo zmeny na tele (23,7%). Pacienti uvádzali v predoperačnom období aj výskyt stresogénnych faktorov súvisiacich s ich podpornými osobami, a to odlúčenie od blízkych (17,9%) a narušenie vzťahov v rodine (1,6%). V pooperačnom období uvádzali pacienti ako najčastejšie stresogénne faktory riziko komplikácií (56,7%), bolesť v mieste operačnej rany (41,5%), výsledok histologického vyšetrenia (23%), a vo vzťahu k rodine stresogénny faktor odlúčenie od rodiny (15,4%). „Akútne chorí jedinci v nemocnici sú vystavení mnohým stresorom súčasne. Človek, ktorý je v nemocnici, je vystavený mnohým udalostiam, ktoré na neho kladú výrazné emocionálne nároky“ (Richards, Edwards, 2004, s. 50). Stres z dôvodu choroby alebo poranenia vyžadujúceho operačný výkon môže mať rozhodujúci vplyv na emocionálny stav človeka (Sharma, 2014).

Počas hospitalizácie chirurgického pacienta vystupujú do popredia možnosti a spôsoby eliminácie stresogénnych faktorov, nakoľko „hospitalizácia (umiestnenie a liečenie pacienta v nemocnici) je zvyčajne pre pacientov zážitkom pomerne nového druhu. Mnohé sa mení - nielen v pacientovi (v jeho tele), ale aj v jeho psychike, prípadne aj v jeho duchovnom živote“ (Křivohlavý, 2002, s. 50).

Chirurgickí pacienti sa tiež vyjadrovali k zmierneniu stresu z ich pohľadu. 32,4% pacientov pre zmiernenie stresu komunikuje s rodinnými príslušníkmi, čo je možné považovať

za využívanie rodiny v kontexte sociálnej opory. Pacienti tiež potvrdili, že k zmierneniu ich stresu pred a po operačnom výkone prispel aj kontakt s rodinou alebo blízkymi (41,3%). Uvedené výsledky dokazujú, že pacienti pre zmiernenie stresu, resp. pri jeho zvládaní preferujú emocionálnu a sociálnu oporu (aj zo strany podporných osôb), ktorá sa „vymedzuje ako súbor medziľudských vzťahov, ktoré individuálne zabezpečujú pozitívny citový zväzok, praktickú pomoc, ale aj informácie umožňujúce hodnotenie stresora“ (Bratská, 2001, s. 143). Aj Berthet al. (2007 In Janíková, Zeleníková, 2013) zaraďuje sociálnu oporu medzi psychosociálne faktory ovplyvňujúce predoperačnú úzkosť.

Starostlivosť o chirurgického pacienta musí byť komplexná. A to nielen z hľadiska tímovej práce (lekár, sestra, pomocný personál), ale aj z hľadiska holistického pohľadu na človeka, ktorý ho vníma v dynamickej interakcii biologických, sociálnych, kognitívnych, emocionálnych a duchovných potrieb (Mastiliaková, 1999). Sestry na chirurgických pracoviskách preto musia venovať zvláštnu pozornosť uspokojovaniu nielen somatických, ale aj psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb pacienta, a vo vzťahu k uspokojovaniu potrieb umožniť aj využívanie sociálnej opory pacienta zo strany jeho podporných osôb.

Záver

Monahan et al. (2007) uvádza, že definícia rodiny sa v priebehu času mení. Čo však rodinu definuje, sú zdieľané citové väzby medzi jednotlivcami alebo v rámci podpornej siete. Práve citové väzby v rodine predstavujú aj základ sociálnej opory chirurgického pacienta pri zvládaní ochorenia, hospitalizácie, operačnej terapie a ďalších intervencií. Sestry ako kategória zdravotníckych pracovníkov majú napomáhať vytváraniu optimálnych podmienok pre využívanie sociálnej opory chirurgickým pacientom. Medzi tieto podmienky patrí sprostredkovanie osobného, telefonického alebo e-mailového kontaktu pacienta s rodinou, ústretovosť pri umožnení návštev príbuzných pacienta na lôžkovom chirurgickom oddelení a zabezpečenie súkromia, najmä v situáciách, ak sa pacient potrebuje s rodinnými príslušníkmi poradiť v rôznych dilematických situáciách vyžadujúcich jeho rozhodnutia pre ďalšie riešenie situácie vyplývajúcej predovšetkým z nepriaznivého zdravotného stavu. Sú však situácie, kedy to prevádzka oddelenia a zdravotný stav pacienta neumožňuje (napr. umiestnenie pacienta na JIS), o to viac však treba využívať iné spôsoby komunikácie pacient - rodina (napr. telefonický kontakt príbuzného priamo s pacientom, sprostredkovanie správy od príbuzných zdravotníckym pracovníkom a podobne).

Literatúra

1. Bratská, M. 2001. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca, 2001, 325 s. ISBN 80-7094-292-4.
2. Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. 2001. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 2001, 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
3. Jandová, M. 2003. Stres u hospitalizovaného pacienta. In: *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*, I, 2003, č. 3, s. VII- VIII. ISSN 1336-183002-04.

4. Janíková, E., Zeleníková, R. 2013. *Ošetrovateľská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
5. Kolektív autorov. 1987. *Stručný psychologický slovník*. Bratislava: Pravda, 1987, 288 s.
6. Kolektív autorov. 2003. *VADEMECUM MEDICI*. Martin: Osveta, 2003, 2252 s. ISBN 80-8063-115-8.
7. Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: GradaPublishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
8. Křivohlavý, J. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
9. Magerčiaková, M. 2010. Sestra a sociálna opora pacienta. In: *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva, bioetiky a vojenského zdravotníctva*. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2010, s. 533- 542, ISBN 978-80-8084-629-9.
10. Magerčiaková, M. 2011. *Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov*. Ružomberok: VERBUM- vydavateľstvo Katolíckej univerzity, 2011, 124 s. ISBN 978-80-8084-808-8.
11. Mastiliaková, D. 1999. *Holistické prístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
12. Monahan, F. D. et al. 2007. *Phipps' Medical- Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives*. Missouri: Mosby Elsevier, 2007, p. 2067. ISBN 978-0-7234-3456-6.
13. Morovicsová, E. 2007. Fenomén strachu u chorých pred operáciou. In: *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*, XIII, 2007, č. 1, s. 4- 8. ISSN 1335-5090.
14. Nemčeková, M. a kol. 2004. *Práva pacientov- medicínske, ošetrovateľské a filozoficko- etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004, 214 s. ISBN 80-8063-162-X.
15. Richards, A., Edwards, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
16. Rozsypalová, M., Čechová, V., Mellanová, A. 2003. *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003, 186 s. ISBN 80-7333-014-8.
17. Sharma, V. P. 2014. *Sress of Surgery can be Reduced (PART-I)*. [citované 10.11.2014]. Dostupné na internete: <<http://www.mindpub.com/art246.html>>
18. Sociologický ústav ČSAV. 1994. *Sociologické pojmosloví*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 116 s. ISBN 80-85850-03-6.
19. Vágnerová, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Kontakt:

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Fakulta zdravotníctva
 Nám. A. Hlinku 48
 034 01 Ružomberok
 E-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

Projekt GRUNDTVIG 13412 0715 Učiace sa partnerstvá na Fakulte zdravotníctva KU Ružomberok pomáha internacionalizácii a medzinárodnej spolupráci

Katarína Zrubáková, Vladimír Littva

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Od akademického roku 2013/2014 riešiteľský kolektív z Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku v zložení: J. Bugáňová, M. Kopáčiková, P. Kutiš, V. Littva, M. Magerčiaková, M. Novyzedlaková a K. Zrubáková participuje na medzinárodnom projekte Grundtvig - Učiace sa partnerstvá. Projekty Grundtvig Učiace sa partnerstvá poskytujú rámec pre praktické činnosti spolupráce organizáciám formálneho, neformálneho a informálneho vzdelávania dospelých v najširšom zmysle. Na rozdiel od všeobecne rozsiahlejších multilaterálnych projektov spolupráce programu Grundtvig, sú viac zamerané na „produkt“ alebo výsledok. Partnerstvá sa zameriavajú viac na proces a jeho cieľom je zvýšiť účasť najmä menších organizácií, ktoré chcú začleniť do svojej vzdelávacej činnosti európsku spoluprácu (http://web.saaic.sk/llp/sk/doc/letaky/grundtvig/2013/Partnerstva_2013.pdf). V našom prípade je hlavným koordinátorom projektu **Univerzita v Almerii-Španielsko** a k ďalším riešiteľským organizáciám patria:

Univerzita v Katánii-Taliansko, Univerzita v Nyiregyhaze-Maďarsko, MEE Zeeland- Holandsko (organizácia združujúca postihnutých ľudí v regióne Zeeland v Holandsku), **Koinonikos Synetairismos Periorismenis Eythynis (KOISPE) FAROS-Grécko** (organizácia predstavuje sociálne združenie zahrňujúce nové formy obchodných a pracovných aktivít pre osoby s psychickými poruchami žijúcimi v danej komunite) a **Casa Corpului Didactic Dolj, Craiova- Rumunsko** (regionálne centrum pre profesionálny rozvoj vzdelávania, ktoré organizuje spoločenské a vzdelávacie akcie pre vekovo pokročilých a deti so špeciálnymi požiadavkami v oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti).

Hlavným cieľom projektu je reálne spoznať, aký prístup k využívaniu moderných technológií majú seniori a znevýhodnení ľudia v denných stacionároch v daných európskych krajinách. Vytvoriť edukačný program na zlepšenie návykov používania informačných technológií.

Projekt prebieha v piatich fázach, ktorých súčasťou sú mobility členov riešiteľských kolektívov v jednotlivých krajinách (Littva, Zrubáková, 2013).

Počas **prvej fázy** riešenia projektu na mobilite v Almerii, ktorej sa zúčastnili V. Littva a K. Zrubáková sme sa dohodli na predbežných termínoch stretnutí, ako aj aktivitách projektu, úlohách pre jednotlivé riešiteľské krajiny. Dohodli sme nástroje a metodológiu zberu údajov.

Ako hlavné výskumné nástroje pre zber údajov sme určili štandardizované dotazníky **WHOQOL-BREF**- Kvalita života seniorov (zdravie, spoločenské začlenenie, zručnosti, aktivity a oddych, kvalita prostredia, spokojnosť so životom, vzdelanie, ekonomický príjem, sociálne a zdravotnícke služby, kvalita života v rozličných oblastiach života), **Dotazník na zistenie používania digitálnych médií** (Questionnaire to determine the basic ICT skills), **Škálu samoty ESTE II** (pocit samoty, vzťahy s rodinou a priateľmi, emocionálna a spoločenská

samota, stupeň prijatej podpory – spokojnosť so spoločenskými kontaktmi) a socio- demografickú charakteristiku respondentov- vek, pohlavie, vzdelanie, ekonomický status a bydlisko (mesto, dedina).

V **druhej fáze** riešenia sme získali prostredníctvom analýzy printových a elektronických dokumentov údaje o digitálnej gramotnosti seniorov a handicapovaných, ako aj doteraz realizovaných projektoch pre seniorov v Slovenskej republike. Zostavili sme 12- stranovú súhrnnú správu a PPT prezentáciu, ktorú sme

prezentovali na mobilite v Patras, ktorej sa zúčastnili: V. Littva, K. Zrubáková a P. Kutiš. Počas štvordňovej mobility sme navštívili zdravotnícke centrum v Patre, ktoré je najrozvinutejšie v Grécku - patrí tu aj univerzitné zdravotnícke centrum, kliniky psychiatrie, dva domy útočiska a chránené dielne pre mentálne postihnutých. Následne sme navštívili Komunitný dom pre deti a dospelých - dlhodobo postihnutých obyvateľov od 40 do 80 rokov. Zariadenie je zamerané na reetablovanie vzťahov v rodine, starostlivosť o osobnú hygienu a samostatnosť v bežnom dennom živote.



Obrázok 1a Členovia tímu na terase Komunitného domu pre deti a dospelých v Patras



Obrázok 1b Členovia tímu na terase Komunitného domu pre deti a dospelých v Patras

V priebehu prvého štvrťroku 2014 (február, marec) sme pracovali s dohodnutými hodnotiacimi nástrojmi. Údaje sme získali od 304 respondentov- seniorov a znevýhodnených osôb z okresu Ružomberok, Liptovský Mikuláš, Nové Mesto nad Váhom, Prievidza, Trnava, Bratislava a Levoča. Údaje sme v súbore Excel odoslali spoluriešiteľom do Španielska.

V máji 2014 na mobilite v Holandsku v zastúpení: V. Littva, M. Kopáčiková, M. Magerčiaková, P. Kutíš sme sa dohodli na vypracovaní Guidline o možnostiach IKT vzdelávania pre seniorov a znevýhodnených v krajinách zapojených do projektu. Každá krajina mala možnosť vybrať si jednu oblasť z navrhovaných: mobilné telefóny; tablet; osobný počítač; PPT prezentácia, internet - e-mail; internet - Facebook a Twitter; e- book a Skyp. My sme si zvolili oblasť používania Skypu. Zameriavame sa na: samostatnosť práce, aký prostriedok na SKYPE seniori a handicapovaní používajú (mobil, počítač, tablet, notebook). Či si vedia zriadiť konto - ako sa ku kontu dostali, kto im propagoval SKYPE, kto im prvý krát vysvetlil čo je SKYPE a ako funguje, kto im prvý krát pomohol nalogovať sa. Ako často používajú SKYPE. S kým chatujú cez SKYPE. Koľko času venujú chatovaniu. Či uprednostňujú klasický hovor alebo videohovor. Ako sa zúčastňujú na skupinovom rozhovore, vytvárajú chat skupiny. Aké majú motorické zručnosti a či poznajú nebezpečenstvá odovzdávania osobných informácií. Opäť členovia tímu navštívili aj zariadenia. V Terneuzene to bolo De Dagboog, zariadenie, ktoré slúži ako denný stacionár pre mentálne znevýhodnených dospelých. Pozorovali sme zapojenie handicapovaných do výroby sviec, fakiel a kozmetiky, ktoré potom následne predávajú.

V tretej a štvrtej fáze projektu sme pracovali na vypracovaní edukačných materiálov a štatistickom spracovaní výsledkov výskumu. Predbežné a celkové výsledky získané z dotazníka- „Questionnaire to determine the basic ICT skills“, sme prezentovali na konferenciách v Trenčíne (XIII Slovenský geriatrický kongres s medzinárodnou účasťou, 40. Gressnerove dni), Martine (10. Medzinárodná vedecká konferencia, Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve) a v Modre (Edukácia

v treťom veku).

V októbri 2014 na mobilite v Nyiregyháze (Maďarsko), ktorej sa zúčastnili: M. Kopáčiková, M. Novyzedláková, K. Zrubáková, sme porovnali dosiahnuté výsledky výskumu z jednotlivých krajín. Zistili sme, že kolegovia z Holandska zaslali 53 dotazníkov, Španielska 320 dotazníkov, Talianska 297 dotazníkov, Maďarska 72 dotazníkov, Rumunska 59 dotazníkov, Grécka 98 dotazníkov. Doplnili sme použitú metodológiu pre zistenie efektivity edukácie (test, pozorovanie, anketu) a termíny posledných stretnutí: apríl 2015 Craiova (Rumunsko), jún 2015 Katánia (Taliansko). Pozreli sme si Dom pre seniorov v Nyiregyháze, ktorý navštevuje 40 seniorov z blízkeho okolia. Ide o denné zariadenie, kde seniori realizujú rôzne záujmové aktivity. Časť programu majú fixnú, časť upravujú podľa aktuálnych možností. Seniori v zariadení majú k dispozícii stravu, priestor pre skupinové aktivity- ručné práce, spev, tanec, varenie, pečenie, v zariadení sa realizuje aj terapia pomocou domácich zvierat. Aktivity sú prispôsobované podľa mentálnych a fyzických schopností seniorov.

V súčasnom období realizujeme **piatu fázu** projektu, vypracovali sme edukačný materiál pre seniorov a handicapovaných nad 55 rokov (obr. 3), zameraný na využívanie Skypu. Na zistenie efektivity edukácie sme zostavili anketu, ktorej výsledky sme zaslali kolegom do Holandska.



Obrázok 2a Členovia riešiteľského tímu v Holandsku



Obrázok 2b Členovia riešiteľského tímu v Holandsku



Obrázok 3 PPT prezentácia edukačných materiálov

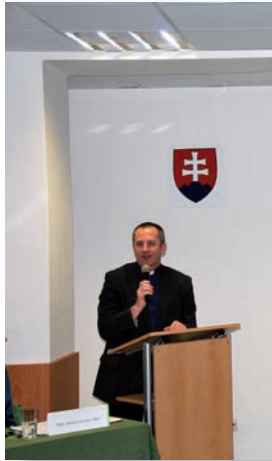
Literatúra:

1. Program celoživotného vzdelávania. GRUNDTVIG Učiace sa partnerstvá. Dostupné na internete: http://web.saaic.sk/llp/sk/doc/letaky/grundtvig/2013/Partnerstva_2013.pdf
2. Littva, V., Zrubáková, K. 2013. Zlepšenie digitálnych zručností seniorov a znevýhodnených osôb v EU : pracovný program. In: *Zdravotnícke štúdie* : vedecko-odborný časopis Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku. - ISSN 1337-723X, Roč. 6, č. 2 (2013), s. 46-48.

Kontakt:

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

Fotoriport zo Dňa otvorených dverí na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku



Snímky : (3) Peter Kutiš, (6) Ján Svorad



ISSN 1337-723X

