

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

Zdravotně sociální fakulta

TRENDY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Darja Jarošová a kol.

OSTRAVA 2002

Autorský kolektiv:

Jana Badová
Mgr. Juraj Čáp
Mgr. Elena Holmanová
PhDr. Radomila Drozdová
PhDr. Bohdana Dušová
Mgr. Růžena Dvořáčková
Mgr. Jana Holubová
Bc. Jana Chlumecká
PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
PhDr. Miroslava Kolínová
Mgr. Jarmila Kristiníková, Ph.D.
Miluška Novobilská
Martina Krajňáková
Mgr. Silvia Kyčínová
Mgr. Jana Marečková, Ph.D.
RNDr. František Konrád, CSc.
Bc. Iva Kubátová
Bc. Ivana Kupečková
doc. PhDr. Mária Nemčeková, CSc.
Mgr. Ivana Retlichová
RNDr. Hana Sochorová
Mgr. Mária Tabaková
PhDr. Yvetta Vrublová

Publikace vznikla z vybraných příspěvků II. ostravského sympózia ošetrovatelství.

Recenzenti: doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.
Mgr. Martina Bašková, PhD.

© Darja Jarošová za autorský kolektiv 2002

ISBN 80-7042-335-8

OBSAH

<i>Mária Nemčeková</i> Poňatie človeka v Oremovej modeli ošetrovateľskej starostlivosti.....	5
<i>Jana Marečková, Iva Kubátová, Ivana Kupečková, František Konrád</i> Národní standardizace v ošetrovatelství.....	10
<i>Juraj Čáp, Elena Holmanová</i> Návrh metodického spracovania témy: Etické aspekty edukácie.....	14
<i>Yvetta Vrublová</i> Etické normy v ošetrovatelství	19
<i>Darja Jarošová</i> Uplatnění distančních forem studia ve vzdělávání zdravotních sester.....	21
<i>Růžena Dvořáčková</i> Kombinované studium zdravotnického managementu – hodnocení absolventů.....	25
<i>Hana Sochorová</i> Internetové zdroje pro ošetrovatelství.....	29
<i>Silvia Kyčinová, Martina Krajňáková</i> Kvalita života žien v klimaktériu a jej ovplyvňovanie informovanosťou.....	33
<i>Mária Tabaková, Jana Badová</i> Edukačná činnosť na gynekologicko - pôrodnickej klinike.....	39
<i>Ivana Retlichová</i> Význam komplexnej starostlivosti o pacientov so schizofréniou.....	43
<i>Yvetta Vrublová, Bohdana Dušová</i> Ošetrovateľský proces u tehotných žien s HIV infekcií a onemocněním AIDS.....	46
<i>Jana Chlumecká, Mirka Kolínová</i> Úloha ergoterapeuta při propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice.....	52
<i>Mirka Kolínová, Jana Chlumecká</i> Příspěvek k problematice komunikace zdravotnického personálu s postiženým dítětem a jeho rodiči.....	55
<i>Jarmila Kristiníková, Miluška Novobilská</i> Fyzioterapeutická péče na oddělení dětské JIP.....	58
<i>Jana Holubová</i> Rehabilitační reedukace základních nácviků sebeobsluhy u nemocných v ošetrovateľskej praxi mediků.....	61

<i>Radomila Drozdová</i> Sestra a kouření.....	64
<i>Bohdana Dušová, Darja Jarošová</i> Několik poznámek k historii bolesti.....	67

POŇATIE ČLOVEKA V OREMOVEJ MODELI OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Mária Nemčeková

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin

Súhrn:

Pojem obrazu človeka patrí k základným filozofickým východiskám a predpokladom ošetrovateľských modelov a teórií, nakoľko človek v zdraví a chorobe je predmetom ošetrovateľskej teórie i praxe. Metodologické súvislosti a význam filozofického myslenia pre konceptualizáciu obrazu človeka demonštruje autorka na základe analýzy Oremovej textov. V konceptuálnom modeli ošetrovateľskej starostlivosti Oremová epistemologicky preferuje intersubjektivitu, zdôrazňuje sociokultúrnu podmienenosť človeka ako bytosti, ktorá funguje biologicky, symbolicky a sociálne. Pre prekonávanie biologizujúceho objektivizmu je prínosom Oremovou zdôraznené ľudské fungovanie – symbolické. Poznanie človeka z hľadiska potrieb ošetrovateľskej vedy je, podľa nej, založené predovšetkým na efektívnej komunikácii a interpretácii významu informácií v širokom kontexte (sociokultúrnom, jazykovom, ale aj situačnom vrátane emocionálneho).

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo, poňatie človeka, Oremovej model sebaopatery

Metodika: heuristická analýza, hermeneutická interpretácia

Pojem obrazu človeka patrí k základným filozofickým východiskám a predpokladom ošetrovateľských modelov a teórií, nakoľko človek v zdraví a chorobe je predmetom ošetrovateľskej teórie i praxe. V protiklade k bezprostredným názorom, skúsenostným zisteniam a poznatkom, vedecké vysvetlenie vyžaduje prepracované a všeobecné rozumové poznanie, vychádzajúce z pozorovania, rozvažovania alebo experimentu. Človekom a jeho definovaním sa zaoberajú viaceré vedecké disciplíny, ktoré ho však poznávajú vždy len parciálne, t.j. využívajú tematickú redukciu a jej zodpovedajúce metódy. (napr. predmetom fyziológie je poznávanie fyziologických procesov). V ošetrovateľstve je základnou ideou metodického prístupu k svojmu predmetu celosťnosť, čo ho zblízuje s filozofiou.

Filozofia vo vzťahu k ošetrovateľstvu skúma **možnosti a predpoklady ošetrovateľskej vedy** (epistemológia), napríklad určuje, či sa dá predmet (človek) lepšie poznať objektívnymi, od skúmaného objektu nezávislými metódami alebo či je dôležitá **intersubjektivita**, pretože ľudí nemožno skúmať z neutrálneho hľadiska, bez zohľadnenia ich hodnôt, významov, ktoré pripisujú situáciám. Na základe týchto poznávacích (epistemologických) východísk sa uvažuje o **metódach**, vlastných každej vede (metodológia), napr. kvantitatívna alebo kvalitatívna metodológia, resp. kombinácie oboch.

Filozofia sa vo svojom vývoji zaoberala nielen problémom poznávania človeka (ako objektu), jeho poznávacími schopnosťami a možnosťami (hranice poznania), ale aj otázkami možností zmien (sveta, človeka, jeho konania). Aristoteles už v 4. st. pred naším letopočtom rozdelil vedy na teoretické, ktoré sa zaoberajú tým, “čo je” (skutočnosťou) a vedy praktické, ktorých predmetom je **zmena**, to, čo “má byť” (možnosť). V novoveku urobil významný obrat v metodike poznávania I. Kant. Odlíšil človeka ako poznávajúcu a človeka ako konajúcu bytosť. Byť človekom, podľa Kanta, neznamená len poznávať (vysvetľovať), ale aj

konat' (meniť). Nie sme len objektom medzi objektami, sme schopní objekty meniť. Toto teoretické východisko, na ktoré nadviazal nielen ďalší vývin filozofického myslenia ale aj vedecké prístupy (teórie konania) je trvalou inšpiráciou a teoretickou bázou aj pre ošetrovateľstvo.

Teoretická ošetrovateľstva D. Oremová definuje človeka ako *autonómnou, sebakorigujúcu bytosť so schopnosťou postarať sa o seba, ako bytosť fungujúcu biologicky, symbolicky a sociálne s potenciálom pre učenie a vývin*. (Orem, 1991)

Už prvá časť definície zodpovedá poňatiu človeka ako **subjektu**, ktorý je autonómny a schopný sebakorekcie. Biologické fungovanie autorka chápe ako funkčnosť jednotlivca, ktorý rastie a vyvíja sa, prejavujúc biologické charakteristiky rodu Homo sapiens počas známych štádií ľudského životného cyklu. (Orem, 1997, cit. podľa: Fawcett, 2000, s.262, 4a) Oremová podáva aj vysvetlenie možnosti nazeráť na človeka z ošetrovateľského hľadiska ako na objekt. Je to v prípadoch starostlivosti o malé deti, mladých ľudí alebo dospelých, ktorí nie sú sami schopní ovládať a riadiť svoj stav. Ide o poskytovanie protektívnej starostlivosti. (Orem, 1997, cit. podľa: Fawcett, 2000, s.263, 5a-c) Bytosť fungujúca biologicky, z hľadiska biologickej prirodzenosti však nie je akoukoľvek živou jednotkou, ale je to bytosť, ktorá má vedomie, t.j. **subjektivitu**. Tú môžeme chápať ako vedomie Ja (sebauvedomenie), ktoré je východiskom sebapoznávania, sebahodnotenia a teda aj schopnosti sebakorigovania. To dokáže len bytosť, ktorá je slobodná a autonómna (doslovne samosprávna alebo riadiaca sama seba), schopná prevziať za seba aj zodpovednosť. Sebakorigovanie môžeme chápať aj ako uspokojovanie potrieb ľudským spôsobom, ako slobodnú **možnosť voľby**, potencialitu prekonávania pudovosti vo vzťahu k biologickej prirodzenosti, ale aj širšie ako voľbu, výber z možností, ktoré ponúka sociokultúrne prostredie.

Z hľadiska prekonávania biologizujúceho objektivismu je prínosom Oremovou zdôraznené ľudské fungovanie – symbolické. Živočích majú jedinečnú skúsenosť a získavajú i odovzdávajú ju spravidla bezprostredne. U živočíchov môžeme usudzovať o spôsobe ich života a funkciách na základe anatomickej štruktúry (napr. existencia a zložitosť nervového systému). Okruh ľudských funkcií je nielen širší, ale nadobúda inú kvalitu. Správanie zvierat má relatívne obmedzené možnosti a alternatívy. U človeka vstupuje medzi receptory a efekty, ktoré majú zvieratá, tretie ohnisko - **symbolický systém**. (Cassirer, 1998, s.68) Človek v porovnaní so zvieratami žije nielen v širšej skutočnosti, ale v novom rozmere, ktorý mu poskytuje sociálny svet ľudskej kultúry. Širokú sieť ľudských skúseností odráža symbolický systém, do ktorého patrí: jazyk (reč), mýty, umenie, náboženstvo. (Cassirer, 1998, s.69) Symbolická činnosť človeka je jednotou pojmového poznávania (pojmové myslenie, reč) a prisudzovania rôznych **významov** predmetom a javom (hodnotenie). V miere, akou symbolická činnosť človeka postupuje, fyzický svet akoby sa vzdŕaloval. Namiesto vecami sa človek zaoberá sám sebou, žije vo svete citov medzi úzkosťou a nádejou, vo svete ilúzií a rozčarovaní, snenia a fantázie. (Cassirer, 1998, s.69)

Na základe tejto schopnosti transcendovať (presahovať) prítomnú realitu, človek prežíva čas v línii minulého, prítomného a budúceho, utvárajú sa u neho špecificky ľudské, duchovné potreby, uvedomuje si svoju konečnosť. Hodnotí a z významňuje svoj život v širších než biologických súvislostiach, dôležitým atribútom hodnotenia sa stáva **zmysel života**.

Symbolmi reflektujeme svet vyššími citmi a pojmovým myslením. Symboly zastupujú neprítomné objekty, reprezentujú predstavovanú skutočnosť. To rozširuje mentálny záber človeka, dáva ľudskému spôsobu komunikovania nové možnosti ale prináša aj nové problémy v oblasti vzájomného porozumenia. Práve na základe symbolickej činnosti dochádza k rozmanitému hodnoteniu, správaniu i konaniu.

Oremová charakterizuje človeka ako symbolickú bytosť, ako “...osobu, ktorá hľadá význam vecí a dáva im ho. Komunikuje idey a informácie s inými prostredníctvom jazyka.” (Orem, 1997, cit. podľa: Fawcett, 2000, s.262, 3a) Symbolická činnosť je podľa nej základom porozumenia povahe interpersonálnych vzťahov medzi sestrou a prijímateľom starostlivosti. Autorka zdôrazňuje a apeluje na schopnosť sestier “byť in” a komunikovať efektívne. Znamená to:

- používať zmysluplný jazyk a iné formy komunikácie,
- poznať sociokultúrne východiská a praktiky,
- mať vôľu hľadať zmysel toho, o čo sa prijímateľ starostlivosti v komunikácii snaží (Orem, 1997, cit. podľa: Fawcett, 2000, s. 262, 3d)

Ide teda o interpretáciu významu informácií v širokom kontexte (sociokultúrnom, jazykovom, ale aj situačnom vrátane, emocionálneho).

Spoločenskosť človeka, *bytosť fungujúcu sociálne*, Oremová chápe v duchu nových poznatkov humanitných a sociálnych vied, to znamená ako podmienenú určitou kultúrou (hodnoty, tradície, výchova, jazyk, umenie, náboženstvo, veda, filozofia), akceptovaním dôležitých ľudských vzťahov a ich významu v živote (s dôrazom na kvalitu vzťahu sestra – prijímateľ starostlivosti), predovšetkým však ponímaním ľudskej komunikácie (vytváranie symbolov, pojmové myslenie, reč, jazyk, interpretácia významu).

Teoretické východisko - poňatie človeka v konceptuálnom modeli, Oremová konkretizuje v troch akčných systémoch ošetrovateľskej starostlivosti – sociálnom, interpersonálnom a profesionálno - technologickom.

1. Sociálny systém - žiaduce charakteristiky tvoriace jeho základ:

- je to kultúrna podmienenosť ošetrovania, ošetrovanie iných skupín (kultúr, etník),
- vplyv kultúry na komunikáciu,
- postavenie ošetrovateľstva ako jednej zložky ošetrovateľského systému,
- spoločenské a právne aspekty ošetrovateľskej starostlivosti,
- sociálne zručnosti v zabezpečení a udržiavaní kontaktu s jednotlivcom a skupinou,
- správanie sa jednotlivcov v rozličných situáciách,
- zdvorilosť, ohľaduplnosť, spoľahlivosť pri ošetrovaní,
- profesionálne vzťahy a práca v rámci týchto vzťahov.

2. Interpersonálny systém - žiaduce charakteristiky tvoriace jeho základ:

- vedomosti o psychosociálnej dimenzii,
- vedomosti o faktoroch napomáhajúcich alebo brániacich interpersonálnemu fungovaniu,
- repertoár interpersonálnych zručností vo vzťahu k všetkým vekovým kategóriam (deti, dospelí, starí):
 - a) ako aktívny účastník vo vzťahu s pacientom a inými jemu významnými osobami,
 - b) pozorovateľ pacienta, jeho správania v interpersonálnych vzťahoch s cieľom identifikovať osobnostné charakteristiky významné pre interpersonálne vzťahy,
 - c) vo vzťahu sestra – pacient a jeho využití na redukciu pacientovej emocionálnej bolesti a fyzického dyskomfortu, a i.
 - d) uvedomenie si interpersonálnej situácie, žiaducich a nežiaducich faktorov ovplyvňujúcich splnenie terapeutických požiadaviek a regulácia činnosti sebaopatery;
- repertoár komunikačných zručností (z hľadiska veku, vývinového štádia jednotlivca, jeho kultúrnych praktík, komunikačných problémov v súvislosti s genetickou

poruchou a patologickým procesom a i.), dôležitých pre vytváranie vzťahu ako základu pre všetky systémy v ošetrovateľskej starostlivosti,

- akceptovanie osôb a ich rolí v sebaopatre a v závislej starostlivosti,
- identifikácia hranice právnych a sociálnych aspektov v interpersonálnych vzťahoch.

3. Profesionálno- technologický (činnostno- produktívny) systém a jeho žiaduce charakteristiky:

- ovládanie validných a reliabilných techník pre tvorbu ošetrovateľskej diagnózy a predpis, pre plnenie terapeutických požiadaviek – univerzálnych, vývinových a spojených s chorobou,
- ovládanie validných a reliabilných techník pri plnení technologických operácií v rôznych typoch a subtypoch ošetrovateľských situácií,
- schopnosť integrovať metódy pomoci z oblasti technologických operácií smerom k produkcii a manažmentu efektívneho ošetrovateľského systému pre jednotlivca/skupinu,
- schopnosť regulovať a meniť ošetrovateľský systém podľa stavu pacienta,
- formulovanie a testovanie metód pre oblasť vlastnej špecializácie,
- identifikácia výsledku získaného v špecifickej ošetrovateľskej situácii a využitie špecifických metód v plnení pacientových terapeutických potrieb, pri regulácii sebaopatery. (Cit. podľa: Fawcett, 2000, s. 276-287)

Oremovej celostné poňatie človeka nie je aplikabilné len na priame poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ale zahŕňa možné ľudské aktivity vo vzťahu k zdraviu a celkovej pohode. V závere definície autorka uvádza, že človek má **potenciál pre učenie a vývin**. To v súvislosti s jeho autonómiou a schopnosťou sebakorekcie znamená, že z hľadiska teórií konania autorka zdôrazňuje aktivitu, ktorej výsledkom je zmena – konanie, ktoré prevažuje nad re-aktivitou, pasívnou reakciou na podnety - správaním. Osoba je podľa nej **agens**, t.j. zámerne konajúci, ten ktorý predvída a chce mať výsledky a na dosiahnutie cieľa používa validné (platné) prostriedky. (Orem, 1991, s.67-70) Človek má snahu udržať rovnováhu medzi schopnosťou postarať sa o seba a požiadavkami. Je to kapacita osoby, ktorá dobrovoľne a zámerne vykonáva cieľovo orientovanú činnosť. Je to komplex schopností plniť kontinuálne požiadavky sebaopatery regulujúce životný proces podporujúci štruktúru, integritu, vývin a pohodu. Vyžaduje určité schopnosti sebamanažmentu. Sebaopatovateľská činnosť má teda oblasť plánovania, realizácie a vyhodnotenia. Komplex sebaopatery zahŕňa tri typy schopností:

1. všeobecnú schopnosť, označovanú ako základná spôsobilosť a dispozícia, ktorá nie je špecifická pre zaistenie sebaopatery (vnímanie, pamäť, intelektové schopnosti, sebaopoznanie, schopnosti týkajúce sa orientácie a organizácie).

2. schopnosť, ktorá všeobecne umožňuje vykonávať operácie sebaopatery (pozornosť, pohyblivosť, motivácia, zručnosti, rozhodovacie schopnosti, schopnosť organizovať a koordinovať, schopnosť integrovať sebaopateru s inými aspektami života).

3. schopnosť priamo súvisiacu s plnením operácií sebaopatery:

- odhadovacie operácie - odhadnúť sebaopateru pozorovaním potrieb sebaopatery,
- prechodné operácie – rozhodovanie o priebehu sebaopatery,
- produktívne operácie – príprava na splnenie a monitorovanie činnosti sebaopatery.

Oremovej kategorizácia schopností nie je v súlade s používanou psychologickou terminológiou, ale môžeme povedať, že prvá skupina sú všeobecné kognitívne a poznávacie

funkcie, druhá sa viaže na vykonávanie sebaopatery a tretia skupina priamo súvisí s plnením sebaopatery.

Oremovej model sebaopatery môžeme považovať aj za kritérium posudzovania kvality života. (Žiaková, K., Bašková, M. 2000, s. 3)

Chápanie človeka ako aktívneho (homo agens) v jednote s uplatnením vývinového hľadiska vytvára bázu pre zdôraznenie významu učenia k voľbe spôsobu života, ktorý zodpovedá zdraviu a pohode. Autorka tým vyzdvihuje primárnu prevenciu a v nej nezastupiteľnú funkciu ošetrovateľstva – edukáciu.

Obraz človeka, jeho konceptualizácia patrí ku základným komponentom ošetrovateľstva, ovplyvňujúcim jeho teóriu i prax. Od neho do značnej miery závisí, ako sa uplatní základný metodický princíp ošetrovateľstva – celostnosť.

Literatúra

- 1.CASSIRER,E. 1998. *Esej o człowieku*. Wydanie III. Warszawa : Czytelnik, 1998. 359 s. ISBN 83-07-02619-9.
- 2.ČERNÍK,V.-VICENÍK,J.-VIŠŇOVSKÝ,E. 2000. *Praktické usudzovanie, konanie a humanitná interpretácia*. Bratislava : IRIS, 2000. 267 s. ISBN 80-967225-4-9.
- 3.FAWCETT, J. 1992. Koncepční modely a teorie. In: *Ošetrovateľské modely a teorie : Syllabus nursing models and theory*. ŠTRAJTOVÁ, A. (Ed.). Brno : IDV PZ, 1992. s. 3-39.
- 4.FAWCETT, J. 2000. *Analysis and Evolution of Contemporary Nursing Knowledge : Nursing Models and Theories*. Philadelphia : F.A. Davis Company, 2000. p. 722. ISBN 0-8036-0592-7.
- 5.OREM, E.,D. 1991. *Nursing concepts of practice*. Fourth edition. St. Louis : Mosrby-Year Book, 1991. 385 p. ISBN 0-8016-6064-5.
- 6.ŽIAKOVÁ, K., BAŠKOVÁ, M. 2000. Podpora zdravia a prevencia ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In: *Moderný medicínsky manažment, č.3/2000, ročník VII., s. 2-7*.

Práca vznikla v rámci riešenia projektu VEGA č. 1/7198/20 a fakultného projektu č. 12/20.

Doc. PhDr. Mária Nemčeková, CSc.
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
nemcekova@jfmed.uniba.sk

NÁRODNÍ STANDARDIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Jana Marečková, Iva Kubátová, Ivana Kupečková**, František Konrád****

Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Olomouc
Nemocnice Pardubice, kožní oddělení*
Fakultní nemocnice Hradec Králové, anesteziologicko- resuscitační oddělení**
Regionální centrum kvality Pardubice***

Souhrn

Standardizace v oborech ošetrovatelství a porodní asistence je velmi aktuální problematikou. Na řadě pracovišť byly již kroky vedoucí k vytvoření standardů podniknuty. Chybí ale konsensus ke standardizaci na národní úrovni, který by byl podkladem efektivně fungujícího systému.

Klíčová slova

standardizace, ošetrovatelství, SWOT analýza, podpora jakosti

Úvod

Dokumenty WHO pro evropský region podporující zavedení primární péče také zmiňují efektivnější zařazení sester a porodních asistentek do tohoto systému. Ve zmíněných materiálech se hovoří o zásadní transformaci zdravotnických služeb. Tyto požadavky jsou motivem ke změnám ve vzdělávání profesionálů v ošetrovatelství, ke změnám při realizaci ošetrovatelské praxe, v řízení ošetrovatelské péče, jsou motivem k rozvoji terminologie, informačních systémů, zavádění systému jakosti v ošetrovatelství a v neposlední řadě k rozvoji standardizace v oboru.

Obsah

V roce 1988 byla MZ ČR jmenována „Rada pro národní standardy pro obor ošetrovatelství, porodní asistentky, dietní sestry, fyzioterapeuty, radiologické asistenty a zdravotní laboranty“. Projektu skupiny, nazvanému Standardizace ošetrovatelské péče a ostatních nelékařských profesí, byl v roce 1998 na dobu sedmi měsíců přidělen grant Interní grantové agentury MZ ČR. Výsledky projektu byly zpracovány závěrečnou zprávou, která mapuje terminologii standardizace, poznatky z literatury a teoretická východiska, analýzu situace, předkládá vize do roku 2002, návrh systému tvorby standardů a doporučení pro ČR. V květnu roku 2000 zahájila činnost další pracovní skupina „Skupina pro tvorbu národních ošetrovatelských standardů při Radě pro rozvoj ošetrovatelství“. Tomuto sedmičlennému týmu byl přidělen statut Rady pro národní ošetrovatelské standardy. Skupina vypracovala jednací řád, návrh organizační struktury a připravila sedm návrhů ošetrovatelských standardů. Poté svoji činnost ukončila. V červenci 2001 byla ředitelkou odboru ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky ustanovena „Pracovní skupina pro národní standardizaci ošetrovatelství při MZ ČR“. Tento multidisciplinární tým vypracoval projekt nazvaný „Standardizace v ošetrovatelství a porodní asistenci“. Projektu byl na rok 2002 udělen grant MZ ČR. Skupina navazuje na činnost dvou výše citovaných pracovních skupin a řada aktuálně zapojených členek jsou bývalými členkami skupin předchozích. Cílem týmu je vytvořit národní rámec ošetrovatelské standardizace kompatibilní se standardizací v lékařských disciplínách.

SWOT analýzou, která je výchozí částí projektu, byly formulovány silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby související se standardizací v českém ošetrovatelství. Mezi silné stránky daných podmínek českého kontextu byly skupinou vyhodnoceny tyto faktory:

- potenciál klíčového podílu oborů ošetrovatelství a porodní asistence na snižování nákladů a na zvyšování výkonnosti a kvality systému péče o zdraví
- perspektiva efektivního využití oborů ošetrovatelství a porodní asistence jako klíčových oborů implementace systému primární péče a naplňování cílů Strategie WHO „Zdraví 21“
- využitelnost standardizace pro implementaci systémových modelů QMS v činnosti zdravotnických zařízení
- podpora oborů Mnichovskou deklarací druhé Konference ministrů k problematice ošetrovatelství a porodní asistence v Mnichově ve dnech 15.-17. června 2000, vyjádřená podpisem náměstka ministra MZ ČR
- využitelnost metodiky tvorby, zavádění, údržby a zlepšování QMS pro verifikaci, validaci a sladění soustav procesů (jako finální výstup standardizace v ošetrovatelství lze formulovat standardní typové QMS v ošetrovatelství a porodní asistenci pro různé typy institucí a služeb)
- využitelnost tzv. objektového programování ke konstrukci souběžných dokumentovaných procesů, využitelnost tzv. postupové matice odpovědnosti, formálních jazyků pro popis algoritmů a vývojových diagramů
- využitelnost systémové analýzy, jednoznačného a vyčerpávajícího způsobu dokumentování standardních postupů, jež lze softwarově modelovat za účelem konstatování dosaženého pokroku ve vývoji
- vývoj metodiky výpočtu pro stanovení úrovně kvality uspokojování specifických potřeb a pro stanovení úrovně kvality zdraví
- rozvoj axiomatické teorie kvality ke zprůhlednění problematiky trvalého zlepšování
- vnímání účelnosti standardizace v ošetrovatelství na úrovni nezbytného vývojového kroku pro připravované akreditace nemocnic
- vývoj standardů pro ošetrovatelství byl již v teoretické i aplikované rovině zahájen
- výstupy projektu Standardizace ošetrovatelské péče a ostatních nelékařských profesí podpořené Interní grantovou agenturou MZ ČR, reg. č. 5069-1
- potenciál podpory a komunikace s ICN- Mezinárodní radou sester v Ženevě a s profesními organizacemi ČR
- členství předsedkyně skupiny v Radě projektu pro standardizaci ve zdravotnictví
- více-oborové složení skupiny pro standardizaci v ošetrovatelství na národní úrovni - pedagogičtí pracovníci, zástupci vrcholového a středního managementu, poskytovatelé ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních, reprezentantka porodní asistence, vědecký pracovník – matematik se zkušenostmi ze zdravotnické služby Armády ČR a zástupce občanského sdružení pacientů

Slabé stránky aktuálního období členové skupiny vymezují takto:

- neexistence standardizovaných procesů na národní úrovni
- absence explicitně definované metodiky tvorby standardů pro ošetrovatelství
- nekoordinovaný vývoj standardů v ošetrovatelství
- stávající podoba existujících ošetrovatelských standardů čteně nesplňuje požadovaná kritéria
- nízká míra koordinace resortů zdravotní a sociální péče
- nízká míra kooperace profesních organizací a názorových skupin v oboru
- absence legislativy respektující směrnice EU pro obor ošetrovatelství a porodní asistence

- nedostatečný počet sester univerzitně graduovaných (Bc., Mgr. a Ph.D.)
- nízká míra implementace ošetrovatelského procesu, prostředí procesu, odborných a manažerských kompetencí vykonavatelů péče - ošetrovatelských týmů, edukace klientů/pacientů a dalších vstupů i výstupů - přídavných hodnot zdraví či uspokojení se zdravím souvisejících potřeb
- velmi pomalé a nekoordinované zavádění systému sledování kvality do nemocnic
- nepropojenost sesterských a lékařských aktivit v oblasti standardizace
- nízká úroveň znalostí a dovedností z oblasti managementu kvality
- rezervy v systémovém hledání a řešení příčin finančního deficitu zdravotnických služeb

K příležitostí bylo zařazeno:

- vytvoření podmínek k systematické a profesionální činnosti skupiny pro tvorbu národních ošetrovatelských standardů při MZ ČR
- vytvoření jednotícího rámce v procesu ošetrovatelské standardizace
- vymezení míry závaznosti národních standardů
- vymezení míry individualizace standardů specifickými institucemi a poskytovateli ošetrovatelské péče
- zahájené aktivity k vytvoření svazu občanských sdružení edukovaných pacientů participujících na vývoji standardizace ve smyslu multidisciplinárního, multikulturního a integrujícího pojetí problematiky
- zajištění procesu trvalého zlepšování kvality v systému managementu jakosti (QMS)
- prezentace výstupů z činnosti skupiny na www stránkách MZ ČR- dosažitelnost v ošetrovatelské komunitě
- publikování výstupů v odborných českých i zahraničních periodikách
- prezentace výstupů na odborných konferencích – ošetrovatelských a pro kvalitu zdravotní péče
- komunikace s Centrem pro řízení kvality ve zdravotnictví
- pojetí standardů jako procesů, které pomocí dostupných vykonavatelů, s využitím přiměřených vstupů a s přiměřenými nároky na prostředí stanovují minimální úroveň míry kvality ošetrovatelské péče
- podíl na přípravě akreditačního systému zdravotnických zařízení

A mezi hrozby dle autorů projektu patří:

- zhroucení činnosti skupiny při eventuálním nedostatečném finančním zabezpečení (pracovní schůzky, cestovné, materiální a technické zabezpečení, služby- statistická analýza dat, publikační, editační činnost atd.)
- odraz důsledků přetrvávajícího deficitu jednotícího rámce standardizace v ošetrovatelství (odklon od započatých progresivních kroků ve smyslu navýšení kvality ošetrovatelské péče, nesplnění očekávaného přínosu ošetrovatelství a porodní asistence na snižování nákladů a na zvyšování výkonnosti a kvality systému péče o zdraví)
- nesplnění požadavků WHO a EU kladených na obory
- znesnadnění implementace systému primární péče
- ztráty ve smyslu nevyužití již vytvořeného duševního vlastnictví v dané oblasti

Závěr

Analýza výše citovaných faktorů vedla multioborový a interdisciplinární tým Pracovní skupiny pro národní standardizaci ošetrovatelství při MZ ČR ke stanovení série cílů plánovaných aktivit. K hlavním dlouhodobým cílům činnosti skupiny patří:

1. Vytvořit sladěné soustavy dokumentovaných ošetrovatelských postupů pro vybrané oblasti sektoru zdravotnictví, které budou obsahovat dokumentované podpůrné kroky, postupy prognózy a detekce neshod s požadavky.
2. Vytvořit postupy cyklického procesu trvalého zlepšování kvality ošetrovatelské péče na bázi objektového programování pracovních procesů.
3. Vytvořit matematický podpůrný aparát pro měření subjektivní i objektivní kvality života a zdraví u libovolné entity.
4. Vytvořit software pro návrh a verifikaci pracovních procesů v ošetrovatelství prostřednictvím modelování a podpory rozhodování na bázi umělé inteligence.

Literatura

1. JAROŠOVÁ, D. Hodnocení kvality zdravotní péče. *Revue ošetrovatelstva a laboratorných metodik*, 2000, č.6, s.113-116. ISSN 1335-5090
2. JAROŠOVÁ, D. Zisťovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti. *Revue profesionálnej sestry* 2000, č.7, s.9-10. ISSN 1335-1753
3. MÁDLOVÁ, I. a kol. *Standardizace ošetrovatelské péče a ostatních nelékařských profesí. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR, reg. číslo 5069-1. Plzeň 1999. 58 s.*
4. NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. *Kvalita života lidí trpících bolestí. 1.vyd. Martin: Jesseniova lékařská fakulta UK, Martin,1997. 68 s. ISBN 80-88866-03-0*
5. Světová zdravotnická organizace, regionální úřadovna pro Evropu Kodaň. *Zdraví 21- zdraví do 21.století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5*
6. Světová zdravotnická organizace, regionální úřadovna pro Evropu Kodaň. *Sestry a porodní asistentky ve službách zdraví, v Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9*
7. WALLACE, M. Evropská Unie - Standardy pro obory ošetrovatelství a porodní asistenci, informace určené uchazečským zemím. In *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9*

Mgr. Jana Marečková, Ph.D.
Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
mareckov@tunw.upol.cz

NÁVRH METODICKÉHO SPRACOVANIA TÉMY: ETICKÉ ASPEKTY EDUKÁCIE

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin

Teoretická časť

V edukácii pacienta majú jeho potreby a hodnoty (priority) svoje nezastupiteľné miesto. Sú esenciálnou súčasťou štruktúry osobnosti. Spolu s ego-vzťahnými mechanizmami (ego-vzťahné potreby (Nakonečný, 1998, s.466) a ďalšími komponentami, sa podieľajú na výstavbe jadra osobnosti (ego, hodnotová orientácia, životný štýl). Prepojenosť potrieb a hodnôt je zreteľná pri stanovení hodnoty cieľa pocítovej potreby. Do potrieb sa premietajú okrem subjektívne pojatých hodnôt aj všeobecné (kultúrne) hodnoty. Hodnota je širší pojem ako potreba. "Hodnoty určujú, ktoré potreby majú byť v prvom rade uspokojené a ktoré sú druhoradé" (Matusiewicz, 1973. In Grác, 1979, s.30). Stanovenie hodnoty cieľa ovplyvňuje aj situácia, v ktorej sa hodnotiaci akt vykonáva. Situáciu, v ktorej sa nachádza napr. hospitalizovaný pacient môžeme nazvať v súlade s existenciálnou filozofiou (Jaspers, Heidegger) hraničnou situáciou alebo existenciálnou krízou. Vyznačuje sa vykorenenosťou z bežného života, narušením integrity osobnosti, väčšou citlivosťou na interakciu s okolím, úzkostnými stavmi (narušenie otvorenosti budúcnosti), bezmocnosťou. Do popredia sa dostáva zameranosť osobnosti na vnútorné prežívanie. V takýchto situáciách sa často stáva, že sa radikálne mení hodnotová orientácia a priority človeka, alebo sa naopak utvrdzuje už vytvorená hodnotová orientácia a životný štýl často aj proti prioritám edukácie.

Edukácia je širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, pretože jej cieľom je nielen osvojenie si poznatkov (získanie vedomostí), získanie zručností, ale i ovplyvňovanie hodnôt, postojov, aspirácií a dosiahnutie zmeny v konaní. Edukačný proces je realizovaný edukačným tímom a pacientom, ich vzájomnou interakciou so zameraním sa na osobnosť pacienta, jeho individuálne potreby, hodnoty, názory, postoje a záujmy. V rámci plánovania edukácie je potrebné vymedziť jej priority, ciele a stratégiu tak, aby sme akceptovali priority pacienta, resp. ich modifikovali s jeho aktívnou účasťou.

Priority ošetrovateľskej, ale aj medicínskej starostlivosti vychádzajú často len z aspektov ochorenia, pričom sa podceňuje význam podielu pacienta na stanovení priorít v jeho starostlivosti. Ten by sa samozrejme nemal preceňovať, ale jeho nerešpektovanie stavia pacienta do pozície pasívneho, a trpezlivého "príjemcu" (paternalistický prístup).

„Základom ošetrovateľskej starostlivosti je poznávanie aktuálnej hierarchie potrieb človeka ako predpoklad porozumenia jeho problémom" (Nemčeková, Žiaková, 1997, s. 30). „Do procesu vzniku a uspokojovania potrieb spravidla vstupujú hodnoty, ktoré ovplyvňujú motivačnú aktivitu a postoje človeka" (Nemčeková, Žiaková, 1997, s. 30).

Na základe etickej a ošetrovateľskej teórie a praxe sme identifikovali nasledujúce etické aspekty ošetrovateľskej edukácie:

- Ošetrovateľská edukácia zasahuje do osobnostných štruktúr, ktoré sa podieľajú na výstavbe „jadra" osobnosti, zasahuje do jeho individuality a osobnej slobody, a tým sa otvárajú morálne problémy ľudskej dôstojnosti, autonómnosti, problematiky podávania informácií, dôvery a súkromia, zmyslu života a jeho kvality (Nemčeková, Žiaková, Mištuna).
- Druhým aspektom je morálne zdôvodnenie ošetrovateľskej edukácie, konkrétne - na základe akého dôvodu máme právo týmto spôsobom zasahovať do osobného života človeka?

Skúsenosti z praxe často poukazujú na to, že študenti pri získavaní údajov o pacientovi, nehľadajú a nerozpoznávajú súvislosť medzi potrebami a hodnotami pacienta, čo sa odráža pri vytváraní edukačného plánu.

Vzhľadom na uvedené skutočnosti sme sa rozhodli vypracovať metodický postup, ktorý by mohol prispieť ku komplexnejšiemu chápaniu problematiky. Jeho cieľom je vytvoriť študentom príležitosť analyzovať, aké sú priority pacienta, sestry a lekára v edukácii a v akom sú vzájomnom vzťahu.

Pri výbere konkrétnej pedagogickej metodiky sme prihliadali na integrujúci a interdisciplinárny charakter ošetrovateľstva (na vedení cvičenia sa podieľali obaja autori príspevku). Zvolili sme prístup, ktorý spája teóriu (etickú aj ošetrovateľskú) a prax tak, aby sme študentov aktivizovali a motivovali, čo sme dosiahli ich priamou zainteresovanosťou na získavaní informácii od pacientov v rámci predmetu vnútorné lekárstvo a ošetrovateľstvo a následnou analýzou získaného materiálu na seminári z ošetrovateľskej a pedagogickej etiky. Výhodou takéhoto prístupu je konkrétnosť problémov, ktoré na seba prirodzene nadväzujú, a na ich podklade diskutovaná problematika ošetrovateľskej edukácie a etiky, ktorá sa takto stáva dobre aplikovateľnou a nedochádza k odtrhnutiu praxe od teórie.

Pracovný rámec seminára sme vymedzili výberom konkrétnych pacientov a nasledovnými otázkami:

- Aké sú potreby, hodnoty (priority) proklamované pacientom, aké určí sestra vzhľadom k edukačnej činnosti a aké lekár? V čom sa líšia a čo prípadné rozdiely spôsobuje?
- Aký by mal byť postup sestry pri edukácii vzhľadom na zistené skutočnosti s prihliadnutím na zdravotný stav pacienta?
- Máme právo zasahovať do osobného života človeka? Ak áno, z akého dôvodu?

Metodické spracovanie seminára: „Etické aspekty edukácie”

Primárne ciele:

- identifikovať aktuálnu hierarchiu potrieb a hodnôt pacienta, ako aj dôvody, ktoré k nej vedú
- analyzovať vzťah potreba – hodnota vo všeobecnosti a u konkrétneho pacienta
- stanoviť priority sestry v edukácii
- analyzovať priority pacient - sestra - lekár
- identifikovať rozdiely v určení priorít ako aj ich dôvody
- určiť hlavné problémy z hľadiska získania spolupráce pacienta v edukácii
- vytvoriť návrhy riešenia vymedzených problémov
- zhodnotiť etické aspekty ovplyvňovania hodnotovej orientácie pacienta s cieľom dosiahnuť zmenu v jeho konaní

Sekundárne ciele:

- rozvoj komunikačných zručností (neštruktúrovaný rozhovor)
- rozvoj kritického myslenia

Metóda:

- metóda riešenia problémových úloh
- diskusia

Priebeh:

Prvá problémová úloha : Aké sú potreby, hodnoty (priority) proklamované pacientom?

Na oddelení v rámci cvičení z predmetu vnútorné lekárstvo a ošetrovateľstvo boli študenti rozdelení do skupín. Každá skupina mala určeného pacienta za účelom vypracovania

ošetrovateľského a edukačného procesu. Ich úlohou bolo nielen zistiť aktuálnu hierarchiu pacientových potrieb, ale aj jeho priority v edukácii. Dôležitou súčasťou bola aj skutočnosť, že študenti museli konzultovať s ošetrojúcim lekárom, sestrou a edukačnou sestrou nasledovné aspekty:

- obsah, spôsob, výsledok doterajšej edukácie pacienta
- spolupráca lekár – sestra – pacient v rámci edukácie
- problémy, ktoré identifikovali sestra a lekár u pacienta z hľadiska jeho edukácie

Druhá problémová úloha: *Aké sú potreby, hodnoty (priority) proklamované pacientom, aké určí sestra vzhľadom k edukačnej činnosti a aké lekár? V čom sa líšia a čo prípadné rozdiely spôsobuje?*

V úvode seminára z ošetrovateľskej a pedagogickej etiky, ktorý nasledoval na druhý deň, sme zaradili motivačný úvod, v ktorom sme využili obsah teoretickej časti nášho príspevku. Po ňom študenti v 2 kolách analyzovali:

1. kolo: potreby – hodnoty – priority pacienta
2. kolo: priority sestry a lekára v edukačnej činnosti

V ďalšej časti seminára mali študenti za úlohu porovnať priority sestra - lekár - pacient. V tejto časti sme analyzovali situáciu len u pacienta, kde bol rozpor najviac signifikantný.

Pre lepšiu názornosť uvádzame opis konkrétnej situácie:

52 ročný pacient (robotník na stavbe) bol hospitalizovaný na internej klinike s diagnózou novozistený DM I. typu. V priebehu posledných mesiacov udáva markantný úbytok hmotnosti (20 kg), redukciu svalovej hmoty. Subjektívne pociťuje extrémny smäd (dokáže naraz vypiť 5 l tekutín), častejšie močí vo väčších dávkach v priebehu dňa, ale aj v noci. Počas hospitalizácie sa opakovane sťažuje na obmedzenia vyplývajúce z úpravy jeho diéty. Udáva, že je stále hladný (jedlo si dokupoval v bufete, o čom neinformoval ošetrojúci personál).

Pacient bol prijatý cez víkend (zmena služieb), lekár ho jednorázovo informoval o podstate ochorenia, nutnosti úpravy stravovania v súvislosti s inzulínovou liečbou. Úspešnosť liečby bola priamo závislá od disciplinovanosti pacienta, ktorý však naďalej nerešpektoval dietetické opatrenia, odmietal sa učiť počítať výmenné jednotky. V tomto prípade bol pacient poučený o úprave stravy dvomi spôsobmi od troch členov ošetrojúceho personálu, ktorí navzájom nekonzultovali obsah a spôsob edukácie pacienta.

Už na druhý deň hospitalizácie bol vedený ďalším lekárom k samostatnej aplikácii inzulínu. I napriek informovanosti pacienta o charaktere ochorenia, pacient je presvedčený o tom, že po prepustení z nemocnice si už nebude musieť aplikovať inzulín.

Pri rozhovore so študentkami sa pacient vyjadril, že si nezapamätal a neporozumel podaným informáciám. Počas stretnutia s edukačnou sestrou vyjadril nespokojnosť, nedôveru voči ošetrojúcemu personálu a svoje odhodlanie „zvládnuť vzniknutú situáciu“ bez odbornej pomoci.

Tretia problémová úloha: *Aký by mal byť postup sestry v edukácii vzhľadom na zistené skutočnosti s prihliadnutím na zdravotný stav pacienta?*

V tejto etape študenti vytvárali návrhy na riešenie problémov u daného pacienta, ktoré sa súčasne zapisovali. Dôležité v tejto časti bolo:

- diskutovať o každom alternatívnom riešení
- hodnotenie faktorov, obmedzujúcich alebo umožňujúcich riešenie
- analyzovať vhodnosť riešenia
- identifikovať etický rozmer

Štvrtá problémová úloha: *Máme právo zasahovať do osobného života človeka? Ak áno, z akého dôvodu?*

Študenti sa na základe predchádzajúcich krokov (zdôraznenie významnosti hodnôt pre osobný život a konzekvencií edukácie) pokúsili identifikovať etické aspekty edukácie a uviesť etické zdôvodnenie jej vykonávania.

Diskusia

Aplikáciou navrhnutého metodického postupu na konkrétne situácie vyskytujúce sa v ošetrovateľskej praxi so zameraním sa na edukačnú činnosť sestry, sme odkryli a analyzovali nasledovné problémy:

Neakceptovanie vnútorného prežívania choroby pacienta, ktoré porušuje etickú zásadu autonómie pacienta a jeho akceptáciu. Tým mohlo dôjsť k narušeniu vytvárania dôverného vzťahu medzi pacientom a edukačným tímom, ktorý je podstatný hlavne pre zmenu motivácie, ako dôležitého komponentu edukácie.

Pri poskytovaní informácií v rámci edukácie sa nedodrжала **zásada postupnosti krokov**, čo mohlo byť spôsobené tým, že sa pacientovi jednorázovo a formálne podalo veľké množstvo informácií, ktoré nemohol spracovať z hľadiska ich dôležitosti pre jeho zdravotný stav a súčasne mohlo dôjsť k ich dezinterpretácii. Vzhľadom na situáciu, v ktorej sa pacient nachádzal (hraničná situácia: novodiagnostikovaný diabetik I. typu), je nevyhnutné si uvedomiť jednotlivé fázy adaptácie na chronické ochorenie a zohľadniť ich pri poskytovaní informácií.

Ďalším problémom bolo **nedodržanie zásady jednotnosti postupu všetkých členov edukačného tímu**, ktoré sa prejavilo pri poskytovaní informácií a to tak, že pacientovi boli nesystematicky podané od rôznych členov tímu informácie k jeho konkrétnemu problému. Uvedený problém vznikol nedostatočnou kooperáciou, organizáciou a komunikáciou vo vnútri edukačného tímu.

V rámci posledného problému sme so študentmi dospeli k záveru, že z hľadiska etickej teórie a morálnej praxe, je potrebné vytvorenie kooperujúcej aliancie (Honzák), čo znamená, že ide o „dohodu“, ktorú medzi sebou uzatvárajú pacient a ošetrojúci personál. Pacient do tohto vzťahu vkladá svoju ochotu spolupracovať, mieru zodpovednosti a dôveru v profesionálnosť a zodpovednosť ošetrojúceho personálu. „Druhá strana“ ponúka svoj potenciál a ochotu pomôcť. Druhým možným zdôvodnením je fakt, že zdravotníci zastupujú hodnoty života a zdravia, ktoré sa snažia presadiť a chrániť v rámci spoločnosti.

Nedostatok, ktorý sme pri realizácii pociťovali, bola neprítomnosť lekára na hodnotiacom seminári. Zainteresovanosť ďalšieho odborníka by nesporne prispela k efektívnejšej analýze a následnému riešeniu problémov.

Návrh metodického postupu je využiteľný vo výučbe ošetrovateľskej etiky, ale aj v ďalších predmetoch ako napríklad klinické ošetrovateľstvo, teórie a modely v ošetrovateľstve, komunikácia, psychológia, pedagogika a filozofia. Využitie skupinovej techniky v metóde riešenia problémových úloh umožňuje spoločné odkrývanie problémov. Takýto postup v pregraduálnom štúdiu umožňuje študentom uvedomiť si aj etický rozmer edukácie a prístupu k pacientovi vôbec.

Literatúra

GRÁC, J. *Pohľady do psychológie hodnotovej orientácie mládeže*. 1.vyd. Bratislava : SPN, 1979

HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. 1. vyd. Praha : OIKOYMENH, 1996
HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíne*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997
JASPERS, K. *Úvod do filozofie*. 1. vyd. Praha : OIKOYMENH, 1996
NAKONEČNÝ, M. *Základy psychológie*. 1. vyd. Praha : ACADEMIA, 1998
NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, M. *Práva pacientov. (Filozofická reflexia a zdravotnícka prax)*. 1. vyd. Bratislava : IRIS, 2000
NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. *Kvalita života ľudí trpiacich bolesťou*. 1. vyd. Martin : JLF UK, 1997

Práca vznikla ako súčasť riešenia projektu VEGA 1/7198/20. a v rámci fakultného projektu č. 12/20.

Mgr. Juraj Čáp, Mgr. Elena Holmanová
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
Juraj.Cap@jfmed.uniba.sk

ETICKÉ NORMY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví, Ostrava

Klíčová slova: etika, člověk, zdraví, nemoc, komunikace, úcta, ošetřovatelství

Úvod

Sesterské povolání patří k jedné z nejnáročnějších profesí a jeho hlavním objektem je člověk se všemi svými bio-psycho-sociálními potřebami. Člověk zdravý i nemocný, člověk šťastný i nešťastný, člověk spokojený i nespokojený – člověk jako individualita. Ošetřovatelství zajišťuje péči o člověka od početí až do smrti, a proto jeho *etické principy* vyplývají nejen z obecně platných norem, ale také z konkrétních situací a činů vzhledem k jejich následkům ke kterým vedou *beneficence, maleficence, autonomie, spravedlnost, respektování hodnot života, zabezpečování co nejplnohodnotnějšího života a profesionální zvládnutí ošetřovatelské péče.* (in: Haškovcová, 1994).

Mezi prioritní etické principy mezilidských vztahů patří nepochybně úcta k člověku. Interakce mezi zdravotníky a klienty není mnohdy jednoduchá. Vyžaduje nejen dobrou znalost komunikačních technik, ale také akceptaci *etických norem*, jakožto pravidel a zásad chování sester, které by měly vycházet ze základních principů přijatých Mezinárodní radou sester a jejich zachování by mělo být závazné (Alwa, 1992).

V ošetřovatelském povolání je uváděno celkem devět etických norem, které poskytují základní rámec pro chování, vystupování a jednání nás sester (Alwa, 1992). Pojdme se zamyslet alespoň nad dvěma z nich:

Norma č. 1

Sestra si váží jedince jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

Otázky zní:

„Dodržují sestry vždy tuto normu?“

„Je využíván vždy nedirektivní přístup?“

„Nehovoří se někdy o pacientovi jako o čísle, o ‚ležákovi‘, o diagnóze?“

„Nejsou klienti a jejich diagnózy občas probíráni na veřejnosti např. při cestě z práce v dopravním prostředku?“

„Je etické převážet pacienty na nemocničním lůžku v pyžamu, se sběrným sáčkem, s drény aj. společným výtahem s návštěvníky nemocnice?“

„Nejsme v ošetřovatelské praxi negativně ovlivňováni pohlavím, věkem, rasou, sociálním zázemím klienta? Neodráží se pak tato skutečnost v naší komunikaci a v přístupu?“

„Je ke klientovi přistupováno s úctou a porozuměním? Jsme schopni brát ho skutečně jako partnera?“

Norma č. 2

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví (zjišťuje ošetřovatelskou anamnézu, potřeby, reakce, kulturní orientaci).

Otázky zní:

„Postupuje se vždy eticky při zjišťování anamnézy?“

„Jsou dodržovány zásady správné komunikace?“

„Je zajištěno soukromí klienta, jeho osobní intimita při kladení otázek?“

„Umí sestry dostatečně klientovi naslouchat ?“

„Jsou analyzovány opravdu důkladně všechny potřeby klienta a monitorovány i priority při jejich uspokojování?“

„Respektují se klientovy potřeby a nejsou často podrobovány subjektivní kritice?“

„Jsme schopni akceptovat také negativní reakce klienta bez změny našeho chování k němu ?“

Mravní konflikty, které často v těchto okruzích vznikají mohou být způsobeny subjektivním přístupem sestry, který je ovlivněn např. únavou, krátkým časem na relaxaci a oddech mezi službami, osobními problémy, nedostatečnou ochotou komunikovat a naslouchat, nedostatečnou schopností empatie, syndromem vyhoření.

Z objektivních skutečností zde může sehrát roli příliš mnoho pracovních úkolů, malý počet sester na oddělení, pocit nízké sesterské prestiže mezi laickou veřejností, nedostatečné ohodnocení vedením oddělení, ale také mnohdy nemocným samým a jeho rodinou.

Jakým způsobem je možné předcházet těmto morálním konfliktům?

U subjektivních sesterských příčin je to do dostatek odpočinku jak pasivního, tak aktivního, absolvování seminářů pozitivního myšlení, asertivity, relaxačních technik a další sebevzdělávání, naučit se vážit si své profese.

U objektivních příčin je možné doporučit zvyšování sesterského sebevědomí, posílit sesterské organizace na úrovni nemocnic, zvyšovat sesterskou prestiž profesionálním vystupováním u laické veřejnosti, zvýšit stavy ošetrovatelského personálu na všech úrovních, dostatečně hodnotit sesterskou práci i slovně – pochvalou.

Toto malé zamyšlení nad etickými principy, jejich dodržováním a nad sestrami samými si neklade za cíl kritizovat. Pouze upozorňuje na některé slabiny chování, které mnohdy pramení z automatizace činností, ze zavedených rituálů, ale také z psychického vyčerpání, které občas sestry prožívají při vykonávání své profese.

Jen ten, kdo se na sebe dokáže podívat kritickým očima je schopen na sobě pracovat a dobře reprezentovat své povolání, které je výstižně nazýváno posláním.

Literatura

1.ALŤA. *Etické normy v ošetrovatelském povolání*. Sestra 1992,2(3),17-18s.

2.HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. 232 s.

*PhDr. Yvetta Vrublová
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
Yvetta.Vrublova@osu.cz*

**UPLATNĚNÍ DISTANČNÍCH FOREM STUDIA VE VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH
SESTER**

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví, Ostrava

Úvod

Tradiční (prezenční) studium vychází od učitele a je charakterizováno tím, že je bezprostředně zprostředkováno učitelem a řídí se striktně platnými osnovami. Studenti navštěvují školu, kde se vzdělávají v přímém kontaktu s učitelem (tváří v tvář – face to face). Oproti tomu distanční vzdělávání (DiV-distance education–DE) je forma studia, v němž jsou vyučující a konzultanti v průběhu vzdělávání trvale nebo převážně odděleni od vzdělávaných, a to místně i časově. Využívá všech distančních komunikačních prostředků, kterými lze prezentovat učivo a lze je označit jako multimediální – tj. tištěné materiály, magnetofonové záznamy, počítačové programy na disketách či CD nosičích, telefony, distribuované prostřednictvím klasické pošty, telefaxu, rozhlasových a televizních přenosů a počítačových sítí, zejména Internetu, a to ve formě elektronické pošty, přenosu souborů, služeb www nebo specializovaných virtuálních výukových prostředí (VLE) (1). Hlavním objektem procesu je studující a hlavním subjektem je vzdělávací instituce nikoliv učitel. Tento systém je použitelný pro každý druh vzdělávání od krátkých kurzů až po graduální studijní programy. Komunikace s konzultantem – tutorem může probíhat uvedenými prostředky v reálném čase, tedy synchronně, tj. například formou dialogu prostřednictvím Internetu (chat, prostředky VLE), nebo asynchronně, tj. student například zašle splněný úkol tutorovi a ten mu v určité době zašle hodnocení, další materiály ke studiu, nebo odkazy, kde následné studijní materiály nalézt. Student může pracovat tzv. on-line, tedy zpracovává studijní materiály v reálném čase, zpravidla prostřednictvím Internetu nebo například videokonference, nebo off-line, tedy studijní materiály obdrží a zpracovává v době, kdy se mu to nejlépe hodí. Studijní programy vycházejí mnohdy z diferencovaných studijních potřeb cílových skupin vyučujících.

Distanční vzdělávání

Vznik a vývoj distančního vzdělávání je vázán v jednotlivých zemích na vzrůstající potřeby společnosti ve vzdělávání občanů. Přes jeho různé formy má distanční vzdělávání některé společné prvky (2):

- možnost studia občanů, kteří z různých důvodů nemohli nebo nemohou studovat přítomní přímo ve škole
- využití nejmodernějších technologií a teorií v oblasti vzdělávání
- náročnější, speciální výroba studijních materiálů
- zohlednění časových potřeb studujících,
- efektivní administrativní model odpovídající potřebám studujících
- co nejúčinnější využití multimédií ve vzdělávání
- zajištění komunikace se studujícími, důležitost zpětné vazby a neustálé motivace studujících
- minimální omezení pro přijetí zájemců ke studiu

V České republice se distanční forma studia začíná prakticky rozvíjet od roku 1990, a to především při výuce jazyků, programování a managementu. Z nedostatku zkušeností a odborníků v této oblasti, musí skuteční i potenciální tvůrci a organizátoři této formy studia čerpat informace z jiných, zejména západoevropských zemí.

Distanční vzdělávání probíhá tak, že vzdělávací instituce (např. VŠ) připraví pro vymezený časový úsek (např. semestr, ročník) studijní texty a další studijní materiály jako jsou audiokazety, videokazety, diskety, CD, televizní vysílání aj. Vše je zásilkou nebo osobně předáno studentům podle předem dohodnutého harmonogramu. V posledních letech jsou preferovány zpravidla počítačové programy a soubory, internetové zdroje, e-mail, chat. Studující po prostudování určitého objemu studia vypracuje domácí úkoly, které zašle tutorovi k opravě. Opravená úloha i s modelovým řešením je studujícím v co nejkratším čase zaslána zpět. Během semestru proběhnou 1 – 3 konzultace, semináře či tutoriály, které mohou být povinné nebo fakultativní. Studium je zakončeno zkouškou, která probíhá podobně jako u denního studia. Případné dílčí zkoušky spolu s povinnou závěrečnou (státní) zkouškou jsou podmínkou pro obdržení diplomu, případně osvědčení o absolvování kurzu.

Některá specifika distančního vzdělávání:

- skupiny studujících jsou zpravidla nehomogenní → jiný přístup pedagoga
- posluchači studují zpravidla při svém zaměstnání
- s každým studujícím je třeba od samého počátku navázat dialog
- stěžejním aspektem distančního vzdělávání je samostatné studium
- hlavní formou kontroly studia jsou písemné práce
- silná motivace ke studiu je nezbytným předpokladem pro jeho dokončení

Některé výhody distančního studia:

- rozšíření nabídky studijních příležitostí pro dospělé, kteří chtějí změnit (zvýšit) svoji kvalifikaci souběžně se svou pracovní činností
- vlastní studium je individualizováno – důraz na samostudium, aktivitu, svobodu ve vzdělávacím procesu dospělých
- distanční studium poskytuje určité pohodlí (volba prostředí), respektuje potřebný individuální čas a tempo při studiu
- distanční studium řeší časovou a finanční náročnost vzdáleného dojíždění do školy
- individuálním potřebám studentů je dán větší prostor (konzultace - osobní, e-mail, chat, korespondence)

Zdravotní sestry a distanční vzdělávání

Počet zájemců o studium na českých vysokých školách se neustále zvyšuje a současně roste i zájem o další vzdělávání. Vzhledem k omezeným státním dotacím a s nimi souvisejícími prostorovými a personálními limity, univerzity nejsou a ani v blízké budoucnosti nebudou schopny uspokojit všechny uchazeče o studium. Jednou z cest, jak uspokojit stále rostoucí poptávku po vysokoškolském i dalším vzdělávání je využít možností distančního vzdělávání.

Univerzitní vzdělávací programy pro zdravotní sestry byly masivněji otevírány na vysokých školách teprve od první poloviny devadesátých let minulého století. Jedná se zejména o prezenční a kombinované formy studia bakalářských oborů ošetrovatelství a zdravotnického managementu. Při průzkumech zájmu o studium zjišťujeme vzrůstající počet sester, které sice vykonávají své povolání, ale cítí, že by si potřebovaly rozšířit oblast svých znalostí, případně doplnit své odborné vzdělání, které ze všeobecně známých důvodů nemohly dříve studovat. Vzhledem k tomu, že nechtějí opustit nebo přerušit zaměstnání, nemohou nastoupit do prezenčních forem již existujícího studia, ale pouze do kombinovaných forem nebo mohou

navštěvovat vybranou výuku v rámci programu celoživotního vzdělávání. Pro jejich profesní kariéru je pro ně významné získat nejen nové konkrétní znalosti, ale rovněž akademický titul. Jejich názory bývají zpravidla velmi vyhraněné, mívají jasnou představu o tom, co by chtěly studovat, jsou vnitřně silně motivovány ke studiu. Tyto zájemkyně jsou ideální cílovou skupinou pro distanční formy vzdělávání.

Podle našeho dotazníkového šetření (3) umí většina studentů kombinovaného studia oboru zdravotnický management používat PC i pracovat s internetem, značná část z nich vlastní svůj PC a ostatní k němu mají nějakým způsobem přístup (na pracovišti, v počítačové učebně školy aj.). Většina z nich by z časových a finančních důvodů distanční formu celého studia nebo vybraných předmětů uvítala. Obrovskou perspektivu má elektronické šíření informací, a to jak pro potřeby distančního vzdělávání, tak i pro prezenční výuku (4). Webové stránky nabízejí velké množství informací využitelných pro výuku. Jsou sice většinou v angličtině, což však nemusí být pro studenty ani pedagogy na škodu.

Problém aplikace distančních prvků studia nebývá zpravidla ve studujících ani v technickém vybavení škol, ale především v pedagogických pracovnících – učitelích. Podle dílčího průzkumu lze v současné době pedagogy rozdělit přibližně do čtyř skupin (5):

- pedagog odmítá pracovat s PC (převážně starší ročníky)
- pedagog uznává PC jako pomocníka, ale využívá pouze textový editor a přečte si svůj e-mail
- pedagog plně využívá možnosti PC i internetu, ale pouze ve vědeckovýzkumné oblasti
- pedagog využívá informační technologie včetně PC pro potřeby výuky

Kurzy distančního vzdělávání je vhodné vytvořit jako součást již běžícího kombinovaného studia, případně přejít zcela na distanční formu. Ideální přechod se jeví u studia v programu celoživotního vzdělávání, které si studující sami hradí a časový a finanční aspekt je zde pro ně velmi důležitý. Vytvoření kurzu je velmi náročné. Je třeba vytipovat cílovou skupinu, provést analýzu jejích potřeb, vytvořit ideový plán kurzu, sestavit kvalitní autorský tým, vytvořit multimediální studijní materiály, které musí být kvalitní nejen po obsahové, ale i po formální stránce, aby umožňovaly efektivní samostudium s využitím moderní techniky. Dále sestavit reálný harmonogram kurzu, nalézt vhodné tutorů a seznámit je s pro ně novou technikou práce, provést marketing a výběr účastníků a konečně celý kurz zrealizovat. U on-line studijního programu je velmi důležité provádět hodnocení kvality kurzu. Sledování kvality je nutné nejen pro výrobu a aktualizaci studijních materiálů, ale i pro řízení kurzu, komunikaci, kvalitu instruktorů. Náklady v počátečních fázích kurzu jsou v porovnání s prezenční formou studia velmi vysoké. Nesrovnatelně nižší jsou pak provozní náklady při opakovaném běhu již vytvořeného kurzu.

VLE umožňují průběžné sledování úrovně nabytých znalostí studentem i tutorem prostřednictvím vypracovávaných úkolů, hodnocených testů nebo i autotestů se záznamem a automatickým statistickým zpracováním celého průchodu kurzem.

Podle zkušeností zahraničních institucí vzdělávajících zdravotní sestry je nejvhodnější aplikace on-line vzdělávání (e-learning, distanční vzdělávání ve virtuálním studijním prostředí Internetu) v krátkodobých specializačních či nástavbových kurzech a programech celoživotního vzdělávání. V těchto případech může být celý kurz převeden na „čistou“ distanční formu. U graduálního studia (ošetřovatelství, zdravotnický management aj.) může být distanční způsob vzdělávání využit zejména v kombinované formě u některých předmětů

tvořících teoretický základ studijního oboru, případně u jejich částí (např. multimediální prezentace).

Závěr

Nárůst počtu studentů terciárního vzdělávání i objektivní zájem o studium při zaměstnání bude se vstupem České republiky do Evropské unie pokračovat. Zdravotní sestry v tomto nejsou výjimkou, spíše naopak. Kapacity vysokoškolských zařízení však nebudou pravděpodobně úměrně narůstat. Přímý kontakt studentů s učitelem mohou zčásti nahradit moderní učební pomůcky k řízení samostatného studia, zvláště u studujících při zaměstnání. Pro zvýšení kvality a efektivity zvláště v distančním a kombinovaném studiu je nezbytné zdokonalování didaktické technologie, která je v zemích Evropské unie rozvinuta a umožňuje studium velkému počtu osob.

Literatura

1. PRŮCHA J, MÍCHA J. *Distanční studium v otázkách*. NCDV: Praha, 1999 28s.
2. DVOŘÁKOVÁ E. *Několik poznámek o distančním vzdělávání*. Technická univerzita: Liberec, 1999 35s.
3. DVOŘÁČKOVÁ R. Kombinované studium zdravotnického managementu–hodnocení absolventů. In. *Sborník II. ošetrovatelské sympozium s mezinárodní účastí*. Ostrava 2002 s. 23-25.
4. SOCHOROVÁ H. Internetové zdroje pro ošetrovatelství. In. *Sborník II. ošetrovatelské sympozium s mezinárodní účastí*. Ostrava 2002 s. 94-97.
5. KOPEČNÝ J. Problémy se zaváděním moderních ITC do výuky. In. *Sborník národní konference Distanční vzdělávání a E-learning*. Brno, 2001 s.38-42.

PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
Darja.Jarsova@osu.cz

KOMBINOVANÉ STUDIUM ZDRAVOTNICKÉHO MANAGEMENTU – HODNOCENÍ ABSOLVENTŮ

Růžena Dvořáčková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví, Ostrava

Úvod

Kombinované studium oboru Zdravotnický management-ošetrovatelská péče probíhá na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity již šestým rokem. Přibývají počty studentů, výrazně stoupá zájem o obor. V loňském roce se k přijímacímu řízení přihlásilo 369 osob, v letošním je to téměř stejný počet. Studenti zmíněného oboru tvoří specifickou skupinu, odlišují se od svých nestudujících vrstevníků i studentů denních, a protože studují při zaměstnání, jsou často vystaveni dlouhodobé intenzivní psychické zátěži studijní, pracovní, rodinné.

Cíl šetření

Cílem šetření bylo získat informace o souboru absolventů prvních tří ročníků kombinovaného studia. Předmětem zájmu byla skladba studentů z hlediska věku, povolání, životní styl studujících, jejich postoj ke studiu, schopnost zvládat psychicky náročná období, jakými jsou zkoušky, možnost uplatnit získané znalosti a dovednosti. V centru zájmu bylo hodnocení přínosu studia samými absolventy. Podobně zaměřený průzkum životního stylu vysokoškolských studentů byl proveden u všech studentů denního studia Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity a u vybraných oborů Ekonomické fakulty Technické univerzity VŠB Ostrava [Jarošová, 2000] a Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci [Reiterová, Šteigl, 1986].

Metoda

Průzkum byl proveden formou anonymního dotazníkového šetření. Soubor tvořilo 35 respondentů, absolventů prvních tří ročníků z let 1996-1999. Dotazník obsahoval převážně uzavřené otázky (s možností volby odpovědi) a pět otázek otevřených. Jednotlivé dotazníkové položky byly členěny do tří částí: **a)** základní data o respondentech (věk, povolání, praxe), **b)** životní styl (příprava ke zkouškám, prožívání stresových situací apod.) **c)** otevřené položky poskytující prostor pro vyjádření osobních názorů a hodnocení.

Výsledky

a) Absolventi či studující byly převážně ženy, dvě třetiny vdané (počet mužů v každém ročníku se pohyboval od jednoho po tři). Věkový průměr všech skupin na začátku studia byl 32 let. Ve všech ročnících byly nejčastěji zastoupeny ženy ve věku 37-43 let. Během šesti let se situace změnila. Věková kategorie 38-43 let je stále zastoupena nejhojněji (35%), narůstá počet posluchaček ve věku 30-31 let (24%) a ve věku 24-25 let (16%). Přestože věkový průměr zůstává relativně neměnný, mezi studujícími nalézáme stále mladší ročníky.

Většina studentů byla zaměstnána přímo ve zdravotnictví, pouze jedna žena pracovala mimo zdravotnický sektor, dvě ženy byly nezaměstnané a tři na mateřské dovolené. Průměrná doba předchozí praxe ve zdravotnictví činila téměř 15 let, nejčastěji však byla uváděna v rozmezí 19-25 let (nejdelší 32 let, nejkratší 2 roky). Mezi důvody, které rozhodovaly o přihlášení ke studiu, uvádělo 25 oslovených obecný zájem o studium (ne o konkrétní program), u dvanácti rozhodla profesní nutnost, u jedenácti rozhodl zájem o obor, u jediné jiné důvody. Od studia

byl očekáván osobní růst ve 27 případech, profesní růst také ve 27 případech, čtyři ženy si slibovaly zachování současného zaměstnání, jedna získání nového zaměstnání.

Protože se jednalo převážně o respondentky tzv. středního věku, které byly stále ve zdravotnictví zaměstnány, předpokládáme, že studium pro mnohé představovalo profesní nutnost, výzvu, možná program pro tzv. krizová střední léta. Pravdou je, že do té doby také neexistovala srovnatelná možnost studia. Devět absolventek nehledalo možnost studia dříve, protože „*studium nebylo nutné*“, v sedmi případech byly důvodem odloženého rozhodnutí studovat malé děti, tři ženy přiznaly vlastní lenost, u dvou rozhodla politická situace, jiné důvody uvádělo devět z nich (*až praxe ukázala nutnost, zkoušela jsem studovat jinde, scházela motivace, scházely informace o studiu*).

b. Výuka probíhala v blocích, nejběžněji formou přednášek, které většina studentů hodnotila jako zásadní a zajímavé. Jedenáct respondentů upřednostňovalo samostudium, sedm individuální konzultace. Korespondenční forma neoslovila nikoho. Je zajímavé, že studenty nepřitahovalo ani on-line vzdělávání, i když mnozí využívali a využívají ke konzultacím alespoň e-mailly. Většina studentů kombinovaného studia si už zvyká na práci s počítačem - v našem vzorku nepoužívaly počítač pouze tři osoby. Osobní počítač je využíván převážně na pracovišti (21), méně doma (16). Internet je studenty využíván v menší míře, vůbec s ním nepracovalo pouze osm osob. Počítač (včetně Internetu) byl využíván spíše pro pracovní než studijní účely. Zajímavé jistě bude další srovnání se současnými ročníky.

Několik položek dotazníku se týkalo přípravy ke zkoušce, formy zkoušení, metod studia. Více než polovina studujících se učila převážně těsně před zkouškou, což je typický způsob vysokoškolské přípravy, nicméně třetina se přesto učila průběžně. Z metod byla upřednostňována zejména metoda memorování (17), psaní (15), čtení (10). Doba přípravy ke zkoušce se pohybovala ve velkém rozmezí: nejdelší od jednoho týdne až po celý semestr, (nejčastěji byly uváděny 3 měsíce), nejkratší dvě hodiny, nejčastěji byl uváděn jeden týden. Všichni studující se učili doma, na pracovišti nikdo. Taháky, což je ryze specifická česká otázka, používalo 15 osob (43%), ovšem pouze minimálně. Ostatní studující taháky nepoužili nikdy. Z forem zkoušení preferovala větší část respondentů formu ústní, písemné formě dalo přednost čtrnáct z nich. U ústního zkoušení byl oblíbený dialog, u písemného test.

Stres při vlastním zkoušení či během přípravy na zkoušku neprožívaly pouze tři respondentky. Domněnka, že pocit uspokojení po vykonané zkoušce souvisí s její obtížností, potvrzena nebyla. Tři čtvrtiny absolventek měly „*dobrá pociť*“ po jakékoli vykonané zkoušce. Nejvíce byly uváděny pocity radosti a úlevy, což bylo pro dvacet jedna osobu důvodem k odměně sama sebe (shlédnutí filmu, koupi dárku). Pouze tři oslovené měly po vykonané zkoušce pocit vyčerpání, prázdnoty a dokonce somatických obtíží. Úspěch byl prožíván slaběji než neúspěch, což možná souvisí s naší „*národní povahou*“. I přesto, že u jedenácti absolventek neúspěch vyvolal dokonce deprese, pro většinu studujících se neúspěch stal motivací k další práci a studiu.

Více než polovina žen nacházela podporu během studia hlavně v rodině (z toho dvanáct u manželů). Ve dvanácti případech byla oporou vlastní osoba. Dále pomáhali přátelé, spolužáci, pracoviště, víra. Podobná otázka typu „*co nebo kdo mě pohání*“ přinesla podobné výsledky. Také negativní vlivy mohou být motivací: „*pohání mě spolupracovníci, kteří nevěří, že bych to mohla dokázat*“. Třetina studentek pokládala za motivující prvek (mírnou) rivalitu studijního kolektivu. Zajímal nás také postoj pracoviště, spolupracujících,

nadřazených. U sedmnácti respondentek byly kolegové na pracovišti vůči studiu vstřícní, u jedenácti zaujímali neutrální postoj, u šesti sester negativní.

c) Poslední část dotazníku tvořily otevřené otázky. Absolventi hodnotili přínos studia a zamýšleli se nad zklamáními, se kterými se setkali. Odpovědi jsou rozděleny do dvou skupin: výčtu přínosu studia a výčtu zklamání nad studiem. Připomínky a komentáře absolventů dokumentují šíři lidských zájmů i v tak malém vzorku, jakým byl ten náš.

Z přínosu byly nejhojněji uváděny: získání vysokoškolského titulu, rozšíření vědomostí, získání přehledu (a to nejen odborného), pochopení vztahu mezi zdravotnictvím a ekonomikou, sebeuspokojení, dosažení cíle, uznání spolupracovníků, rodiny, postup platové třídy, nabídka vedoucího místa, získání vyššího sebevědomí, osobní a profesní růst, ale také schopnost lépe reagovat na nenadálé situace, získání znalostí pro řešení problémů i v soukromí, zdokonalení komunikačních dovedností, pocit lepšího společenského postavení. Kladně byly hodnoceny mnohé předměty (filozofie, zdravotnické vědy, etika, ošetřovatelství, management, ekonomika).

Také zklamání pokrývají celou škálu. „Zápory“ byly voleny pro závěr příspěvku záměrně, protože právě ony by měly představovat výzvu pro pedagogy i studenty.

Některé absolventky vyžadovaly větší množství informací v některých předmětech (ošetřovatelství, psychologie). Mnohé byly nespokojeny s předměty, jejichž obsah někdy nepřesáhl středoškolský rámec. Mnohdy byla postrádána provázanost předmětů, aplikovatelnost na zdravotnictví. Několika přednášejícím bylo vytykáno používání výhradně medicínského hlediska. Část respondentek postrádala prostor pro diskusi, samostatnost, vyjádření domněnky, myšlenky, a to dokonce i během zkoušení. Jako nedostatek byly vnímány scházející možnosti výuky cizích jazyků, praxí a exkurzí.

V pracovní oblasti mnohé absolventky pocítují jako zklamání chybějící finanční ohodnocení. Poněkud zarážející jsou uváděné zkušenosti s negativismem nadřazených vůči studiu nebo negativismem kolektivu. Jako silný handicap byla vnímána rovněž relativní nedostupnost navazujícího magisterského studia.

Závěr

Výsledky získané analýzou vzorku prvních absolventů nejsou příliš překvapivé, nicméně mají jistou vypovídací hodnotu. Slouží k zachycení stavu či vývoje a mohou být základem pro srovnávací studie s následujícími ročníky absolventů kombinovaného studia či denního studia. Analýza současného stavu může inspirovat realizaci dalších změn a zdokonalování studijního programu. I v tak krátkém časovém úseku, který jsme sledovali, k několika změnám došlo: např. v oblasti zájmu o obor, ve skladbě studentů z hlediska povolání, věku, ve skladbě přednášených oborů, kvalitě přednášek, postoji studentů ke studiu, komunikaci mezi studenty a přednášejícími. S vyhodnocením a závěry výzkumu byli seznámeni pedagogičtí pracovníci i studenti.

Literatura

1. JAROŠOVÁ D: The university students life styles. In: *Sborník 3rd International Conference Health Tourism for 21st century*. Opatija (Croatia) 2000: s.15-24.

2. REITEROVÁ S, ŠTEIGL J.: Zabezpečení zdravotně hygienických potřeb vysokoškoláků. In: *Acta Univ. Palack. Olomucensis, Fac. Paed., Biologica IV.*, Olomouc 1986: s.185-201.

Mgr. Růžena Dvořáčková
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
Ruzena.Dvorackova@osu.cz

INTERNETOVÉ ZDROJE PRO OŠETŘOVATELSTVÍ

Hana Sochorová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra vyšetřovacích metod a lékařské biologie, Ostrava

V souvislosti se stále narůstajícím počtem stránek dostupných v síti www rostou i nároky na rychlost a kvalitu nástrojů pro orientaci v tomto množství informací. Rychlý rozvoj a časté

změny v oblasti „hledání v Internetu“ se promítají v obou základních způsobech vyhledávání informací:

- A. katalogové služby
- B. vyhledávací stroje

A. Katalogové služby

Objevují se nové servery poskytující službu katalogu v různých oborech - dnes jsou katalogové služby nejčastěji začleněny jako jedna z nabídek tzv. portálů. WWW portál si klade za cíl být pro uživatele opravdu „vstupní bránou do Internetu“, snaží se nabídnout na jedné adrese kompletní služby od zřízení bezplatné e-mailové schránky a poskytnutí nejhledanějších informací hned v úvodu (počasí, aktuální zpravodajství), nabídky diskuzních skupin, vytváření vlastních rozhraní (obdoba záložek), usnadnění orientace v množství dostupných www stránek (katalog) až po nabídku datového prostoru pro zveřejnění vlastních webových stránek.

Příklady katalogových záznamů

- <http://zdravotnictvi.startpage.cz>
- <http://zdravi.startpage.cz> - katalog odkazů ze zdravotnickou tematikou

Portály ošetrovatelské

- <http://www.cna.cz> - Česká asociace sester
- <http://www.sestricky.cz>
- <http://www.icn.ch> - International Council of Nurses
- <http://www.icnp.cz> - International Classification of Nursing Practice
- <http://www.nursingcenter.com/> centrum pro sestry, po registraci přístupné množství zdrojů (např. plná verze článků z American Journal of Nursing), možnost vytvoření emailové schránky

Portály medicínské

- <http://nova.medicina.cz> , <http://www.medicina.cz> - informace pro širokou i odbornou veřejnost
- <http://www.aislp.cz> - Informační systém humánních, homeopatických a veterinárních léčivých přípravků registrovaných v České republice a na Slovensku
- <http://www.intermed.cz> - „Internet Medical Education“, nabídka materiálů pro vzdělávání, některé výukové materiály přístupné on-line
- <http://www.mediclub.cz> – možnosti a nabídka jsou různé pro registrované uživatele (vyžaduje se potvrzení zaměstnavatele faxem) a laickou veřejnost
- <http://www.medicentrum.com> – informace pro každého, vstup na stránky mediclubu
- <http://www.zdrav.cz> – zdraví pro každého
- <http://www.doktorka.cz> – veřejný portál
- <http://www.doktoronline.cz>
- <http://www.lekarna.cz> – informace o lécích
- <http://www.medical.cz> – zdravotnické informace pro každého
- <http://www.medima.cz> – „ Internet pro lékaře a další pracovníky ve zdravotnictví“, nabídka elektronických konferencí (viz dále) konference, nabídka prostoru pro vlastní www stránky (volné adresy ve tvaru <http://www.sestra.zdravotnice.cz/>***, <http://www.zdravotnice.cz/>***, <http://www.vrchnisestra.cz/>***)
- <http://www.humanus.cz> – katalogové odkazy

- <http://www.medicainfo.cz> - prezentace firmy zaměřující se na informační činnost včetně průzkumu trhu v oblasti zdravotnictví, poradenské a konzultační služby, zprostředkování komplexní prezentace včetně propagačních, inzertních a reklamních služeb

Při hledání adres portálů s určitou tematikou můžeme zkusit odhadnout předpokládanou adresu stránek [1]. V případě ošetřovatelství můžeme vyzkoušet například adresy:

- <http://www.osetrovatelstvi.cz> – webové stránky zatím nejsou v provozu, tuto doménu má registrovanou Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta (prosinec 2001)
- <http://www.osetrovatelka.cz> - tato adresa je zatím volná
- <http://www.osetrovani.cz> - tato adresa je zatím volná

B. vyhledávací stroje

Rychlými změnami procházejí i vyhledávací stroje. Objevují se nové servery poskytující tzv. fulltextové vyhledávací služby, zdokonalují své metody indexování stránek a rozšiřují své databáze zpracovaných informací. Existuje několik různých vlastností, které můžeme u vyhledavače hodnotit. Nejdůležitějšími jsou rozsah jeho databáze (tedy o kolika různých stránkách má nějaké informace) a relevance vyhledávání (tedy zda dokáže vybrat ke každému dotazu ty správné odkazy z databáze). Tyto informace je však obtížné zjistit, případně ověřit. Dále bychom mohli hodnotit rychlost, podporu operátorů nebo přítomnost chyb.

Tzv. metavyhledávače pracují na principu "víc hlav víc ví". Dotaz, který jim položíte, současně rozešlou na několik specializovaných vyhledávačů a výsledkové listiny poté spojí. Nejtypičtějšími zástupci jsou Metacrawler (<http://www.metacrawler.com>) a SavvySearch (<http://www.search.com>) - oba rozesílají své dotazy na zhruba 10 strojů, z českých Archon (<http://www.archon.cz>). Získané odpovědi metavyhledávač seřídí, zredukuje duplicitní odkazy a výsledek vypíše v jednotném formátu.

Zahraniční vyhledávače:

- <http://www.altavista.com> – nejstarší a nejznámější vyhledávací stroj v poslední době změnil vzhled a vrátil se k jasnému a jednoduchému rozhraní pro zadání dotazu, poskytuje denně odpověď na 50 milionů dotazů ve 25 jazycích
- <http://www.google.com> – opět jednoduchý a srozumitelný vstup pro zadání dotazu, udává indexaci 2 073 418 204 stránek
- <http://www.alltheweb.com>
- <http://www.scirus.com/> - hledání vědeckých informací

Domácí vyhledávače:

Stejně jako jinde ve světě, i u nás se na poli vyhledavačů uplatňují dva základní obchodní modely. První je založen na vlastním provozování vyhledavače jako služby pro koncové návštěvníky. Druhý se naopak soustřeďuje na vyhledavač jako technologii, kterou lze pronajímat jiným serverům. První případ u nás reprezentují hlavně zavedené portály, které si již dříve vlastní vyhledavač vyvinuly. Z těch nejvýznamnějších se jedná o Centrum (WebFast), Seznam (Kompas) a Tiscali. Do druhého tábora patří především vyhledavač Empyreum, který poskytuje své služby Atlasu, RedBoxu, Klikni a Uzdroje, a Megatext, který je používán na portálu Quick. Nástup "technologicky orientovaných" vyhledavačů je pro uživatele jasné plus. Tento obchodní model si totiž nepotrpí na obsahově přetížené weby plné reklam, a tak se dnes můžeme těšit ze strohé jednoduchosti a rychlosti WebFastu či WebSeeku.

- <http://www.megatext.cz>

- <http://www.webfast.cz>
- <http://www.webseek.cz>

Další zdroje informací

On-line časopisy, knihy

české

- <http://www.nlk.anet.cz/czech> - národní lékařská knihovna
- <http://www.sestra.cz/> a <http://www.zdn.cz/> - online Zdravotnické noviny
- <http://www.prakticka-medicina.cz> - vydavatel časopisů, anotace článků, obsah čísel
- http://katalog.atlas.cz/zpravodajstvi/zdravotnicke_casopisy/ - český katalog zdravotnických časopisů (příklad kategorie v katalogovém přehledu)

zahraniční

- http://dir.yahoo.com/Health/Nursing/News_and_Media/Journals/ - katalog elektronických časopisů pro ošetrovatelství
- Journal of Nursing Care Quality - elektronická verze dostupná např. přes službu ProQuest
- <http://www.slackinc.com/allied/jne/jnehome.htm> - Journal of Nursing Education
- Journal of Nursing Scholarship - elektronická verze dostupná např. přes službu ProQuest

Elektronické konference

Internet jako moderní komunikační prostředí ale nenabízí jenom službu pro prohlížení dokumentů (webové stránky) – užitečným zdrojem informací může být i například účast v elektronické konferenci. Elektronická konference využívá služby elektronické pošty pro rychlý a účinný způsob komunikace mezi určitou skupinou uživatelů se stejnými zájmy.

Každá elektronická konference má svoji vlastní emailovou adresu. Na tuto adresu zasílají jednotliví účastníci konference svoje příspěvky (maily), které se automaticky rozesílají všem účastníkům konference. Konference je možné se účastnit aktivně (posílání příspěvků) nebo pasivně (pouhé přijímání - čtení příspěvků zaslaných do konference ostatními účastníky). Pokud si někdo přeje zapojit se do elektronické konference, musí se přihlásit, což znamená zaslat mail stanoveného obsahu na předem danou adresu. Kromě přihlášení do konference a přijímání, resp. odesílání příspěvků, nabízí elektronické konference ještě další činnosti, např. výpis všech účastníků, prohlížení archívu příspěvků, a pochopitelně odhlášení z konference.

Většina konferencí je volně přístupná všem účastníkům (otevřená), některé však mohou být uzavřené jen pro určitý okruh uživatelů (například pouze pro členy výboru odborné společnosti). Rozdíl se projeví v tom, že v případě otevřené konference je žádost o přihlášení předána rovnou serveru, který žadatele hned do konference zařadí; v případě uzavřené konference je žádost o přihlášení předána tzv. správci elektronické konference, který nejprve žádost posoudí podle stanovených kritérií a buď povolí (zařadí žadatele do konference) nebo odmítne (žadatele do seznamu nezařadí). Odmítnutý žadatel možnost posílat a především číst příspěvky takovéto konference nezíská. Některé konference mohou být navíc moderované. V takovém případě si správce konference vyhrazuje právo příspěvky před rozesláním zhodnotit a případně do konference nezařadit.

Pro zdravotnictví nabízí např. server medima.cz zřízení a provozování elektronických konferencí jako jednoduchého nástroje pro rychlou komunikaci skupiny uživatelů Internetu. O tuto službu může požádat libovolná odborná skupina pracovníků ve zdravotnictví, typicky odborné společnosti, jejich sekce, spolky, komory, apod. V současné době je na serveru medima.cz provozováno 5 uzavřených elektronických konferencí.

Elektronické konference nejsou jediným možným mechanismem, kterým prostředí Internetu dokáže zprostředkovat vzájemnou diskusi v rámci určité skupiny uživatelů. Mají celou řadu konkurentů, mezi které patří například videokonference (zajišťující současný přenos obrazu a zvuku), či služby typu IRC (Internet Relay Chat, spočívající v „živém“ přenosu psaného slova) a tzv. síťové news (netnews, network news, news, Internet News, internetové noviny). Elektronická konference je diskusí na jedno konkrétní téma, v prostředí síťových news je její analogií tzv. diskusní skupina (newsgroup). Klasické diskusní skupiny jsou však dnes již trochu na ústupu, s rostoucí kvalitou a rychlostí připojení se do popředí dostávají služby „on-line“ rozhovorů (IRC, ICQ, NetMeeting).

Literatura a další zdroje

- [1] SOCHOROVÁ, H. Internet jako zdroj informací pro ošetrovatelskou praxi a další vzdělávání. *In sborník I. ostravské sympozium ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Ostrava: 2001. ISBN 80-7042-324-2
- [2] BRÁZA, Jiří. *Internet.cz jak hledat a najít*, 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-900-25
- [3] KASAL, P.; SVACINA, Š. a kol. *Internet a medicína*, Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0119-7
- [4] MENOŠEK, J. Vědecké lékařské informace na internetu I-X. *Praktický lékař*, ročník 80: 2000, ročník 81: 2001, ISSN 0032-6739
- [5] PROKOP, M. *Lesk a bída českých vyhledavačů*. Dostupný z <<http://www.lupa.cz/clanek.php3?show=1965>> [28.2.2002]
- [6] LAPÁČEK, J.; KLÍMA, M. *Jak najít na Internetu*, Praha: Computer Press, 2001, ISBN 80-7226-507-5
- [7] PFAFFENBERGER, B. *Internet – adresář a slovník pojmů*, Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2000, ISBN 80-710-641-65
- [8] HLAVENKA, J. *Poznáváme Internet*, Praha: Computer Press, 2000
- [9] MENOŠEK, J. *Medicína na internetu*, [on line – pro registrované návštěvníky serveru] Dostupný z <<http://www.mediclub.cz>> [28.2.2002]
- [10] CITMED (*Citations of Medical Web Resources*) [on line - www.rozcestnik.cz] Dostupný z <<http://www.citmed.cuni.cz/>> [28.2.2002]

RNDr. Hana Sochorová
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra vyšetřovacích metod a lékařské biologie
Syllabova 19
703 00 Ostrava 3
Hana.Sochorova@osu.cz

KVALITA ŽIVOTA ŽIEN V KLIMAKTÉRIU A JEJ OVPLYVNENIE INFORMOVANOSŤOU

Silvia Kyčinová, Martina Krajňáková

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovatel'stva,
Martin

Kvalita života je pre človeka jedným z limitujúcich faktorov plnenia jeho sociálnych rolí. Podieľa sa na prežívaní subjektívnej spokojnosti a celkovej životnej pohody (well – being). Kvalitou života sa bežne nezaobráame. Uvedomujeme si ju najmä vtedy, keď jej hodnota klesá alebo je ohrozená. Dochádza k tomu najčastejšie pri poškodení zdravia, v rôznych zlomových životných situáciách (úmrtie člena rodiny, narodenie, odchod, choroba,...), alebo v súvislosti s vývinom človeka.

Kvalitu života je možné a potrebné hodnotiť z rôznych pohľadov a v rôznych súvislostiach. Gerontológ Litomerický ich nazýva „základnými schopnosťami a faktormi“ a zahŕňa medzi ne: autonómiu, sebestačnosť, schopnosť rozhodovania, neprítomnosť bolesti a utrpenia, zachovanie zmyslových schopností, udržanie sociálneho podporného systému, určitý finančný štandard, pocit užitočnosti pre iných, určitý stupeň pocitu šťastia, morálky a podobne. Dopĺňa však, že „čím sú ľudia starší, tým je vyššia aj variabilita a relativita týchto schopností.“ (Litomerický, 1996, s. 177) Autor uvádza, že dĺžka života sa síce prelína s kvalitou života, no nemusia byť zákonite v priamej úmere. S každou pribúdajúcou dekadou života spravidla narastajú zdravotné problémy a zvyšuje sa závislosť od iných ľudí a od zdravotníckych a sociálnych služieb, čo z určitého pohľadu môžeme považovať za zníženie kvality života. (Litomerický, 1996, s. 177) Gerontológ vymedzuje kvalitu života na základe sociálnych súvislostí (autonómia versus závislosť), ktoré dáva do vzťahu k miere zdravotných problémov. Chýba však zhodnotenie emocionálnej odozvy a súvisí s motiváciou konania. Takéto chápanie kvality života sa približuje ku chápaniu kvality života v klimaktériu, môžeme súhlasiť s vymenovaním niektorých faktorov určujúcich kvalitu života i zrelatívním niektorých hodnôt vekom. Nemožno však bezvýhradne súhlasiť so všetkými faktormi. Napríklad z hľadiska dlhodobého vývinu človeka i z hľadiska ideového (napr. kresťanstvo) „neprítomnosť bolesti a utrpenia“ nemôžeme považovať za faktory znekváľňujúce život. Je všeobecne známe, že akútna bolesť a utrpenie krátkodobo síce znižujú kvalitu života, no z dlhodobého hľadiska človeku pomáhajú nájsť pravé hodnoty a vzťahy. Tento aspekt kvality života vyjadruje Leplége (1997, s. 742) „Kvalita života je pre laika najdôležitejšia a funguje ako motivačná sila pre každé konanie. ... je... veľmi subjektívna a ... veľmi obtiažne kvantitatívne vyjadriteľná.“ V tejto definícii vidíme spojitosť motivácie a kvality života. Umožňuje celostný pohľad na pacienta/klienta, ktorý pre ošetrovatel'stvo tvorí metodologické východisko. Celostný pohľad na kvalitu života majú i niektorí psychológovia, filozofi a psychiatri.

Meraním kvality života sa zaoberá najmä psychiater Žucha, ktorý kladie dôraz na duchovnú dimenziu ľudského života a upozorňuje na prepojenosť kvality života jednotlivca a zmyslu života. Upozorňuje že meranie kvality života je veľmi obtiažne, pretože „naše miery kvality života môžu byť nekvalitné“, často sa stretávame s ľuďmi, ktorí vedú úspešný a „kvalitný“ život a nevidia zmysel toho, čo dosiahli. (Žucha, 1994, s. 11)

Filozofka Nemčeková vymedzuje kvalitu života na troch úrovniach, keď uvádza, že táto „spočíva jednak v určitých vonkajších objektívnych okolnostiach a situáciách, ktoré determinujú život človeka“ (objektívne) „ale aj v tom, ako človek určité životné zmeny a zlomy zvláda, ako ich prežíva, z významňuje, akú hodnotu im pripisuje“ (subjektívna reflexia) „... k čomu ho tieto zmeny motivujú, ako korešpondujú s jeho životnými ambíciami a cieľmi, alebo ako im protirečia.“ (Nemčeková et al., 1997, s. 28), teda ako v konečnom dôsledku ovplyvňujú konanie a ako súvisia so zmyslom života. Vo svojej definícii z výrazňuje motiváciu človeka a zvládanie zlomových situácií. Klimaktérium môžeme za jednu zo zlomových životných situácií považovať, nakoľko prináša problémy somatické, psychické aj sociálne. Problém kvality života rieši najmä z hľadiska ľudských potrieb, čím vytvára určité metodologické východisko pre ošetrovatel'stvo. Vychádza z myšlienok Nakonečného, ktorý definuje pojem potreby ako „základnú formu motívu a to v zmysle nejakého deficitu

(nedostatku) v biologickej, či sociálnej dimenzii bytia“. (Nakonečný, 1995, s. 125) Potreby pokladá za základnú formu motivácie konania. Delí ich na biogénne, alebo fyziologické (potrava, pohyb, odpočinok) a sociogénne, či psychogénne (potreby človeka ako sociálnej bytosti). Potrebu charakterizuje ako psychický podnet k aktivite a ako biologický stav, kedy vo fyziológii človeka niečo chýba, alebo je porušená jeho homeostáza. V tomto prípade však nemusia mať psychickú odozvu. (Nakonečný, 1995, s. 125)

Z pohľadu ošetrovateľstva je potrebné, aby sme brali do úvahy nielen potreby, ale aj jedinečnosť každej ženy a pri podpore kvality života postupovali individualizovane. Potreby je nutné chápať komplexne. Počas života, v rôznych životných situáciách sa mení ich preferencia. (Nemčeková, 1997, s. 42) Pri dlhodobom naplnení základných potrieb u ženy v klimaktériu môžu do popredia vystupovať napríklad potreby starostlivosti o chorého manžela, alebo pomoci deťom.

Klimaktérium je definované ako „prechodná fáza medzi obdobím plnej pohlavnej zrelosti a obdobím staroby. V klimaktériu sa končí menštruačné krvácanie riadené vaječníkmi a nastáva menopauza. V priemere menopauza začína v 52 roku života. Klimaktérium trvá rozdielne dlho, priemerne asi 10 rokov.“ (Martius et al., 1996, s. 365) Danko (1995, s. 7) spresňuje definíciu o fakt, že „dochádza k zastaveniu zrenia folikulov a zníženiu tvorby ženských pohlavných hormónov. Tým dochádza k prirodzenej sterilite.

Klimaktérium je zlomovým vývinovým obdobím života ženy. Z hľadiska kvality života je náročným obdobím, v ktorom žena prechádza rôznymi závažnými somatickými, psychickými i sociálnymi problémami. Stráca reprodukčnú schopnosť, vplyvom hormonálnej dysbalancie môže dôjsť k niekoľkým objektívnym zdravotným rizikám a ochoreniam, niektoré prejavy klimakterického syndrómu prispievajú k subjektívnej nepohode. Z hľadiska sociálneho vývinu sa žena často vyrovnáva s osamostatňovaním a odchodom detí zo spoločnej domácnosti, s odchodom do dôchodku, čo môže hraničiť s prežívaním osamelosti. V tomto veku sa môžu prejaviť ochorenia životného partnera alebo môže dôjsť i k jeho úmrtiu, čo samo o sebe prináša pre človeka mimoriadnu záťaž.

Kvalitou života žien v klimaktériu sa doteraz na Slovensku zaoberali predovšetkým odborníci z odboru gynekológie. Medicína zlepšuje kvalitu života žien v klimaktériu na princípe jej prírodovednej metodológie – medikamentóznou liečbou, a to najmä hormonálnou substitučnou terapiou. ([Jeníček, 1999], [Borovský, 1997], [Donát, 1997], [Rob, 1997], [Antonijevic, 2000], [Lobo, 2000], [Kamali, 2000],...) Ide o veľmi účinný a rýchly spôsob pomoci. Podľa štatistík veľmi účinným spôsobom pomáha ženám zvládať jednak fyzicky a psychicky zaťažujúce symptómy klimakterického syndrómu (návaly, nespavosť, psychické problémy,...), ale zároveň redukuje riziká vzniku závažných ochorení spôsobených metabolickým a organickým estrogén deficitným syndrómom (kardiovaskulárne ochorenia, osteoporóza, inkontinencia, atrofie slizníc, sexuálne problémy,...).

Domnievame sa, že problém hormonálnej substitučnej terapie (hormone replacement therapy – HRT) nemôžeme považovať za jediný činiteľ zlepšenia kvality života v klimaktériu. Ide o rozsiahlejší problém, ktorý je diskutovaný v odbornej verejnosti. Sú to otázky prospechu a možného rizika užívania HRT, ďalšou závažnou otázkou, na ktorej participuje aj ošetrovateľstvo je otázka **informovanosti** žien o klimaktériu o problémoch a rizikách, ktoré môže so sebou prinášať, o postojoch a názoroch konkrétnej ženy na HRT, o motivácii užívania HRT a o dlhodobosti liečby hormonálnou terapiou u žien s rizikom estrogén – metabolického syndrómu. Dostatočné a úplné informácie sa javia pre spoluprácu kliečky ako nevyhnutné.

Informovanosť je jedným zo základných práv pacientov, ktoré je deklarované i zákonom č. 277/1994 o zdravotnej starostlivosti. (Zákon NR SR) Úplná a dôkladná informovanosť môže byť nástrojom aktivizácie a osobnej zodpovednosti pacienta/klienta.

(Nemčeková et al., 2000, 116) Prvotnú a základnú informáciu najmä o medicínskej liečbe, prognóze, rizikách a benefite podáva lekár. Sestra má vo svojej kompetencii informácie doplniť, zosúladiť, diskutovať o rôznych možnostiach a alternatívach. Hlavnou úlohou ošetrovateľstva je však prevencia.

I. európska konferencia o ošetrovateľstve vo Viedni (1988) deklarovala, že jednou z funkcií ošetrovateľstva je výchova, ktorá by mala smerovať k zlepšeniu zdravia ľudí. (Salvageová, 1995, s. 15) Práve výchova a vzdelávanie, v ošetrovateľskej terminológii nazývaná zaužívaným pojmom „**edukácia**“, tvorí jednu z metód práce ošetrovateľstva v primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii. Metodologicky najrozpracovanejšou formou edukácie pacientov je **edukačný plán**, ktorý sa špeciálne pripravuje pre každého pacienta/klienta, rodinu, komunitu. (Žiaková, 2000, s. 116) U edukovanej a pravdivo informovanej klientky je väčšia pravdepodobnosť spolupráce a žena je prístupnejšia k zmene životného štýlu, ktorý nemalou mierou pomôže pri optimálnom vyrovnaní sa s problémami tohto obdobia života.

Pri predkladaní informácií a pri spolupráci s klientkou v klimaktériu je dôležité postupovať v súlade s krokmi ošetrovateľského procesu, ktorého súčasťou je práve individuálny edukačný plán.

Pri prvých stretnutiach s konkrétnou klientkou je dôležité získať čo najväčšie množstvo údajov o jej stave, stupni informovanosti, životnom štýle, spôsobe stravovania, o psychickom stave a sociálnom zázemí i o formách podpory v komunite.

V ďalšej fáze môže sestra postaviť ošetrovateľské diagnózy, ktoré sa viažu na stav klientky a potenciálne riziká.

Vo fáze plánovania sestra spolu s klientkou vytýči reálne a dosiahnuteľné ciele a naplánuje činnosti pre konkrétnu klientku. V tejto fáze môže sestra využiť rámcový edukačný plán, ktorý môže byť zostavený všeobecne pre klientky v klimaktériu a v ktorom zostáva priestor pre individuálne potreby každej ženy. Časový plán realizácie jednotlivých krokov si sestra rovnako naplánuje spoločne s klientkou. Práca so ženami v klimaktériu je dlhodobejšia a ženy by mali mať možnosť kontaktovať sa na odbornú pomoc i po niekoľkých rokoch, kedy vznikajú iné, najmä zdravotné problémy a žena by nemala zostať bez odbornej pomoci.

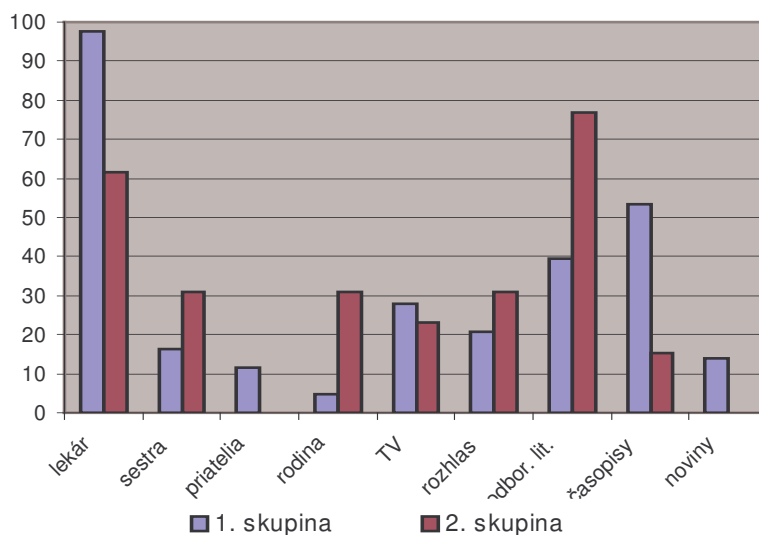
Fáza hodnotenia prebieha priebežne a niekedy je potrebné v naplánovaných činnostiach pokračovať, inokedy je nevyhnutné plán zmeniť. Tento proces je individuálny a závisí od stavu a potrieb klientky.

Tieto údaje sa potvrdili v prieskume, ktorý bol zameraný na zistenie informovanosti, postojov a motivácie žien k užívaniu hormonálnej substitučnej terapie a zistenie informovanosti o klimaktériu. Prieskum bol vykonaný v decembri 2001 až januári 2002 u 60 klientiek v okrese Sľ

zastvorené c
najväčším z
pre skupinu
umiestnila
predstavuje
nikdy neuží

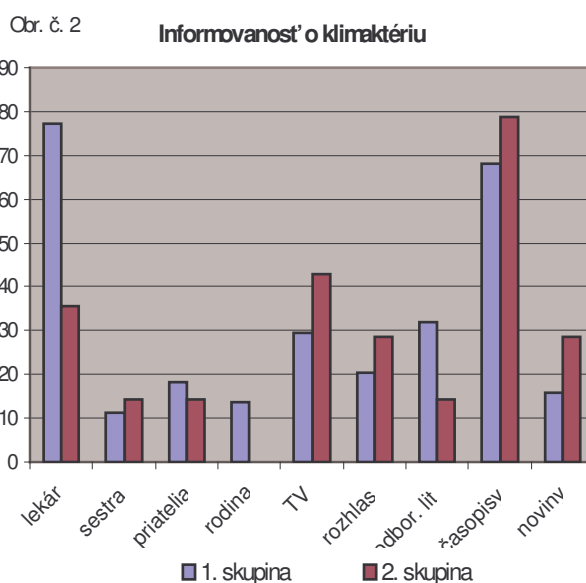
Obr. č. 1

Informovanosť o HRT



otvorené a
výsledkov,
bol lekár a
informácií
1. skupina
ktoré HRT

Z uvedených skutočností vyplýva, že ošetrovatel'stvo práve v informačnej a edukačnej úlohe do značnej miery zaostáva. Domnievame sa, že sestra by mala zohrať rolu sprostredkovateľa a informátora, ktorý by podal žene komplexnú informáciu nielen o HRT, ale o klimaktériu vôbec. Z prieskumu vyplýva i nedostatočná informovanosť žien o klimaktériu v 1. aj 2. skupine. Zarážajúcim zistením je, že o klimaktériu a problémoch, ktoré s ním súvisia je iba „častočne informovaných“ 23% žien, ktoré užívajú HRT. U žien neužívajúcich HRT je toto percento niekoľkonásobne vyššie. Častočne informovaných je až 56% žien a neinformovaných takmer 13%. Iba 31% žien z tejto skupiny udalo, že sú „informované“. Tieto údaje potvrdzujú i kontrolné otázky v dotazníku. Informácie klientiek však pochádzali v najväčšej miere od lekára a z časopisov. Sestry sa na informovanosti podieľali len nepatrným percentom. (obr. č. 2)



Dôkladná informovanosť je pri posune kvality života v tomto období nevyhnutnosťou. Ženy by mali mať dostatok informácií o symptómoch klimaktéria. Rovnako by mali mať dostatok informácií o formách pomoci pri ich ťažkostiach vrátane rizík a benefitu HRT.

Pri podpore kvality života žien v klimaktériu a ovplyvnenia kvality i medicínskou liečbou sa javí ako nevyhnutnosť dôkladná informovanosť klientky o symptómoch, ktoré klimaktérium môžu sprevádzať, o zdravotných rizikách, ktoré toto obdobie prináša, o psychických a sociálnych súvislostiach tohto obdobia. Rovnako by mala mať informácie o možnostiach medikamentózneho riešenia, vrátane rizika a benefitu, iných nemedikamentózných formách pomoci a v prípade potreby i možnosť psychologickéj podpory. Informovaná žena je ochotná viac spolupracovať a akceptovať rady odborníkov. Preto by bolo potrebné vypracovať rámcový edukačný plán pre klientky v období klimaktéria a po individualizácii pomáhať zlepšiť kvalitu života tejto skupiny žien.

Literatúra

1. ANTONIJEVIC, I., STALLA, G., STEIGER, A. 2000. Modulation of the sleep Electroencephalogram by Estrogen Replacement Therapy in postmenopausal Women. In: *American Journal of Obstetrics and gynecology*, February 2000, Vol. 182, Number 2, p. 277 – 282. ISSN 0002-9378.

2. BOROVSÝ, M., PAYER, J. 1997. Novšie poznatky o hormonálnej substitučnej liečbe v postmenopauze. In: *Praktická gynekológia*, 4, 1997, č. 1, s. 25 – 28.
3. DANKO, J. a i. 1995. *Vybrané kapitoly z gynekológie a pôrodnictva II*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, JLF UK, 1995. 208 s. ISBN 80-223-0904-4.
4. DONÁT, J. 1989. *Přechod v životě ženy*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1989. 128 s.
5. DONÁT, J. 1996. Klimakterium a menopauza. In: *Sestra*, č. 5. 1996, rč. VI. s. 28.
6. DONÁT, J. 1999. *Hormonální substituční terapie*. 1. vyd. Hradec Králové : DoMeNa, 1999. 191 s. ISBN 80-238-3418-5.
7. JENÍČEK, B., HEJLOVÁ, P. 1999. Přechodem do nejlepších let. In: *Sestra* č. 7, 1999, *Tématický sešit*, s. 1 – 6, rč. IX, ISSN 1210-0404.
8. KAMALI, P., MÜLLER, T., et al. 2000. Cardiovascular responses of perimenopausal women to hormonal replacement therapy. . In: *American Journal of Obstetrics and gynecology*, January 2000, Vol. 182, Number 1, p. 17 – 22. ISSN 0002-9378.
9. LEPLÈGE, H., HUNT, S. 1997. Problematika kvality života v medicíně. In: *JAMA-CS*, Listopad 1997, rč. 5. č. 11, s. 742 – 745. ISSN 1210-1424.
10. LITOMERICKÝ, Š. 1996. Kvalita života starého člověka a intervenčná gerontológia. In: *Lekársky obzor*, XLV – 1996 – s. 177 – 180.
11. LOBO, R., A., ZACUR, H., Z. et al. 2000. A novel intermittent regimen of norgestimate to preserve the beneficial effects of 17β-estradiol on lipid and lipoprotein profiles. In: *American Journal of Obstetrics and gynecology*, January 2000, Vol. 182, Number 1, p. 41 – 49. ISSN 0002-9378.
12. MARTIUS, G., BRECWOLDT, M., FABELOVÁ, G., a i. 1997. *Gynekológia a pôrodnictvo*. 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1997. 658 s. ISBN 80-88824-55-9.
13. NAKONEČNÝ, M. 1995. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha : Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
14. NAKONEČNÝ, M. 1996. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha : Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
15. NAKONEČNÝ, M. 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšírené vydanie, Praha : Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
16. NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 1997. *Kvalita života lidí trpiacich bolesťou. K metodologickým problémom ošetrovateľstva*. 1. vyd. Martin : Univerzita Komenského, JLF UK, 1997. 70 s. ISBN 80-88866-03-0.
17. NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D. 2000. *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava : Iris, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8.
18. ROB, L. 1997. Hormonální substituční léčba z pohledu onkogynekologa. In: *Sestra* č. 5, 1997, rč. VII. s. 17 – 18.
19. SALVAGEOVÁ, J. 1995. *Ošetrovateľstvo v akcii*. 1. vyd. Bratislava : C.S.M., 1995. ISBN 80-967081-2-0.
20. Zákon Národnej Rady Slovenskej republiky o zdravotnej starostlivosti. Zbierky zákonov SR, čiastka 77, uverejnená 11. 10. 1994, s. 1350 – 1370.
21. ŽIAKOVÁ, K. 2000. Edukácia pacientov. In: NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D. *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava : Iris, 2000. s. 137 – 140. ISBN 80-88778-94-8.
22. ŽUCHA, I., ČAPLOVÁ, T. 1994. Kvalita života a zmysel života ako činitele zdravia. In: *Ekológia & život*. č. 2, 1994, s. 11.

Mgr. Silvia Kyčinová, Martina Krajňáková
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
Silvia.Kycinova@jfmed.uniba.sk

EDUKAČNÁ ČINNOSŤ NA GYNEKOLOGICKO – PÔRODNICKEJ KLINIKE

Mária Tabaková, Jana Badová

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva,
Martin
Martinská fakultná nemocnica, Gynekologicko – pôrodnícka klinika, Martin

Jednou z najvýznamnejších funkcií dnešného ošetrovateľstva je edukácia pacientov/klientov, ktorá predstavuje integráciu pedagogickej a zdravotníckej činnosti sestry. Jej cieľom je nielen nadobudnutie určitých poznatkov alebo dosiahnutie zmeny v správaní, ale aj vytváranie, prebudovanie vzťahovo – postojových, hodnotových, citových, vôľových a vzdelanostných štruktúr osobnosti jedinca. Je súhrnným označením výchovy a vzdelávania.

Výchovu a vzdelávanie možno metodicky rozčleniť na jednotlivé fázy:

- posudzovanie vedomostí, schopností, zručností, postojov a konania
- prípravu a poskytovanie potrebných informácií
- prípravu edukačných plánov
- organizáciu a vyhodnocovanie edukačných plánov. (Žiaková, Bašková, 2000, s. 4)

Edukálny proces je dynamický vzájomný vzťah sestry a pacienta. Obsah výučby je daný cieľom. Aby bola realizácia edukácie úspešná, je potrebná nielen správna motivácia klienta, ale aj použitie vhodných metód a prostriedkov. K základným patria:

1. Metódy a prostriedky využívajúce hovorené slovo

Rozhovor – cieľom je získať potrebné informácie na identifikáciu problémov a potrieb, zistiť názory, postoje, predstavy klienta o zdraví, chorobe, životnom štýle.

Inštruktáž (vysvetľovanie, objasňovanie) – podstatou je doplniť množstvo inštrukcií, príkazov a zákazov. Ich neobjasnenie a nevysvetlenie môže tmiť klientovu ochotu sa niečo naučiť alebo spolupracovať. Pri vysvetľovaní je potrebné vyhýbať sa odbornej terminológii, nepresným informáciám, poučovaniu a rozkazom.

Presvedčovanie – je účinnejšou metódou ovplyvňovania človeka ako vysvetľovanie. Pri jej realizácii je dôležité starostlivé zváženie metód a prostriedkov argumentácie s cieľom nevyvolať u klienta strach alebo odpor.

Prednáška – je najpoužívanejšou metódou ústneho podávania informácií. Aby bol výsledný efekt čo najúčinnejší, dopĺňa sa výklad použitím názorných pomôcok a audiovizuálnych prostriedkov.

Beseda – slúži na posúdenie konkrétnych otázok súvisiacich so starostlivosťou o zdravie.

Skupinová diskusia – jej cieľom je dosiahnuť spoločnú mienku na posudzovanú tému.

Hranie sociálnych rolí – umožňuje zúčastneným preveriť si sociálne zručnosti, správanie a schopnosť vcítenia sa do problémov iných.

Kazuistika – je ilustrácia riešenia problémových úloh.

Magnetofónové záznamy

Telefonické poradenstvo

Osobná korešpondencia

2. Metódy a prostriedky využívajúce tlačeneé slovo

Letáky

Brožúry

Časopisy

Knihy

3. Názorné prostriedky

Plagát

Nástenky, učebné panely

Diapozitívy, diafilm

Videotechnika, film

Televízia

Demonštračný materiál (Šútovec a kol, 1994, s. 300–305)

Dobrý edukátor musí byť empatický, tvorivý, mal by vedieť ako a kedy použiť určitú metódu alebo prostriedok, prípadne ju modifikovať primerane k danej situácii. Dôkladne zvažuje aké poznatky je potrebné klientovi poskytnúť, čo sa má naučiť, aby sa dosiahol najlepší výsledok. Je dôležité, aby ponechal dostatok priestoru aktivite a samovzdelávaniu klienta.

Pre potreby gyn. – pôr. oddelenia bol vypracovaný edukačný program pre klientky nielen z oddelenia, ale aj pre ženy navštevujúce obvodné gynekologické ambulancie. Možnosť zúčastniť sa týchto sedení privítali aj ich manželia. Tieto spoločné stretnutia sú

veľmi účinné. Partneri si uvedomia svoju spoluzodpovednosť a navodí to u nich hlbší vzťah nielen k nastávajúcej matke, ale ešte pred pôrodom k dieťaťu.

Účinnosť skupinovej formy pôsobenia je podmienená rovnakým vzťahom k vybratej téme, kedy je zdravotná výchova efektívnejšia a adresnejšia. Jednotlivé stretnutia navštevuje 5 – 10 žien, ktoré sa aktívne zapájajú a snažia sa získať čo najviac informácií.

Edukačný program pre tehotné klientky

1. stretnutie

- *anatómia ženských pohlavných orgánov*: vonkajšie a vnútorné pohlavné orgány, ich uloženie
- *oplodnenie, vnútro maternicový vývoj plodu v jednotlivých mesiacoch tehotnosti*
- *telesné a psychické zmeny v tehotnosti*: uloženie srdca, hypotenzný syndróm, cievy, dýchanie, tráviaci trakt, zmeny kože, zmeny v látkovej výmene, zmeny na pohlavných orgánoch
- *životospráva a hygienická starostlivosť v tehotnosti*: výživa, fyzická aktivita, cvičenie, cestovanie v tehotnosti, spánok, starostlivosť o močenie, stolicu, odev, telesná hygiena, starostlivosť o chrup, starostlivosť o prsníkové bradavky, fajčenie, alkohol, ochrana pred infekciou, koitus, starostlivosť o dolné končatiny
- *cviky v I. trimestri*

Použité metódy a prostriedky: rozhovor, prednáška, plagáty, letáky, brožúry, nástenky, názorná ukážka vývinu plodu v jednotlivých mesiacoch gravidity pomocou fólií, názorná ukážka cvikov študentkami vyššieho odborného štúdia DPA.

2. stretnutie

- *alternatívne metódy vedenia pôrodu*: pôrod v epidurálnej analgézii, otec pri pôrode (alebo iná blízka osoba), úľavové polohy (na pôrodnej stoličke, na balónce – klientky si polohy majú možnosť prakticky vyskúšať)
- *kedy a ako začína pôrod*
- *I., II., III. doba pôrodná, popôrodné obdobie (IV. doba pôrodná)*: ohraničenie jednotlivých dôb, ich špecifiká
- *cviky v II. a III. trimestri*

Použité metódy a prostriedky: rozhovor, inštruktáž, prednáška, skupinová diskusia, názorná ukážka cvikov študentkami vyššieho odborného štúdia DPA.

3. stretnutie

- *pôrod na videokazete*
- *čo si treba priniesť do pôrodnice*
- *cviky v jednotlivých dobách pôrodných*

Použité metódy a prostriedky: videotechnika, film, rozhovor, inštruktáž, názorná ukážka cvikov študentkami vyššieho odborného štúdia DPA.

4. stretnutie

- *šestonedelie*: jeho ohraničenie, involučné zmeny v organizme, hojenie pôrodných poranení, starostlivosť o močenie, o stolicu, duševný stav po pôrode, gymnastika v šestonedelí

- *dojčenie*: výhody dojčenia, riziká umelej výživy, porovnanie materského mlieka a mlieka zvierat, správny rozvoj laktácie, zásady správnej techniky dojčenia, problémy pri dojčení (bolestivé bradavky a bradavky s ragádmi, krátke, ploché alebo invertované bradavky, zápal prsníka)
- *predoperačná a pooperačná starostlivosť (pred a po sekcii)*
- *cvičenie v šestonedelí a pooperačnom období*

Použité metódy a prostriedky: rozhovor, prednáška, beseda, názorná ukážka jednotlivých polôh pri dojčení a správneho - nesprávneho prisatia dieťaťa pomocou fólií, názorná ukážka cvičenia v šestonedelí a pooperačnom období.

Edukácia tehotných žien by mala byť dôležitou súčasťou prenatalnej starostlivosti. Veď práve informovanosť budúcich matiek ovplyvňuje ich životný štýl a tým prispieva k zlepšeniu zdravotného stavu členov rodiny a celej komunity, čo sa odrazí na zdraví celej spoločnosti. (Bašková, 2000, s.2-3)

Edukačný program pre klientky

Témy:

1. *Samovyšetovanie prsníkov*: anatomia prsníka, zdôraznenie významu pravidelného samovyšetovania prsníkov.
2. *Zápaly vonkajších a vnútorných rodidiel*: charakteristické príznaky zápalu, ošetrovateľská starostlivosť, prevencia.
3. *Inkontinencia* - vysvetlenie pojmu, rozdelenie, názorná ukážka cvičenia a praktické prevedenie s účastníčkami – Kegelové cvičenia, tréning močového mechúra, cviky na spevňovanie svalstva panvového dna.
4. *Klimaktérium* - vysvetlenie pojmu, rozdelenie, somatické zmeny, neurovegetatívne príznaky, cvičenie.

Použité metódy a prostriedky: rozhovor, inštruktáž, prednáška, skupinová diskusia, letáky, plagáty, názorná ukážka samovyšetovania prsníkov pomocou makety prsníkov, názorná ukážka cvikov a praktické prevedie s účastníčkami.

Význam výchovy a vzdelávania bol zdôraznený a vyzdvihnutý na I. európskej konferencii o ošetrovateľstve vo Viedni (1988), kde boli definované jednotlivé funkcie ošetrovateľstva a jednou z nich je výchova, ktorá by mala smerovať k zlepšeniu zdravia ľudí. (Salvageová, 1995, s. 22–23). Podporovať zdravie, prevencia a poskytovanie starostlivosti by mali byť hlavnými zložkami tejto významnej funkcie ošetrovateľstva.

Litratúra použitá pri príprave edukačného programu

1. BAŠKOVÁ, M.: *Od teórie k praxi: Prenatálna starostlivosť ako možnosť prevencie kardiovaskulárnych ochorení v rodine*. Sestra, roč. X, 2000, č. 8, s. 2 – 3.
2. ČECH, E. a kol.: *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
3. ELIAŠOVÁ, A. a kol.: *Pôrodnické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2000. 111 s. ISBN 80-8063-053-4.
4. GREGUŠOVÁ, E. a kol.: *Starostlivosť o ženu*. Banská Bystrica : Osveta, 1992. 333 s. ISBN 80-217-0439-X.
5. HALAMOVÁ, V.: *Prirodzená výživa dojčiat – bezprostredné a dlhodobé účinky*. *Revue profesionálnej sestry*, č. 2, 1996, roč. 3, s. 6 – 8. ISSN 1335-1753.
6. KLIMOVÁ, A. a kol.: *Kojení dar pro život*. Praha : Grada Publishing, 1998. 101 s.
7. KOLÁŘÍKOVÁ, A. a kol.: *Gynekologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2000. 133 s. ISBN 80-8063-052-6.

8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo 1.,2.* 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
9. LEBOYER, F.: *Pôrod bez násila.* Martin : Osveta, 1991. 151 s.
10. MACKŮ, F., MACKŮ, J.: *Průvodce těhotenstvím a porodem.* Praha : Grada, 1998. 328 s.
11. MACKŮ, F.: *Gynekológia a pôrodnictvo.* Martin : Osveta, 1992. 185 s.
12. MACKŮ, F.: *Porodnictví.* 2. vyd. Praha : Karolinum, 1991. 216 s.
13. MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A.: *Gynekológia a pôrodnictvo.* 1. vyd. Martin : Osveta, 1997. 658 s.
14. MOKRANOVÁ, K., ZLÁMALOVÁ, V.: *Metodika vedenia psychofyzickej prípravy na pôrod.* Martin : Osveta, 1990. 52 s. ISBN 80-217-0216-8.
15. PONTŮCH, A. a kol.: *Gynekológia a pôrodnictvo.* Martin : Osveta, 1989. 448 s. ISBN 80-217-0034-3.
16. *Poradenstvo pri dojčení, materiál WHO.* Bratislava: Slovenský výbor pre UNICEF, 1996. 185 s.
17. SALVAGEOVÁ, J.: *Ošetrovateľstvo v akcii.* 1. vyd. Bratislava : C. S. M., 1995. 111 s.
18. ŠÚTOVEC, A. a kol.: *Psychológia a pedagogika.* Martin : Osveta, 1994. 368 s. ISBN 80-217-0575-2.
19. VITHEROVÁ, T., HLSINGOVÁ, E.: *Prirodzená výživa – ako zabezpečiť jej úspech.* Bratislava : Národné centrum podpory zdravia, 1999. 65 s. ISBN 80-7159-116-5.
20. ŽIAKOVÁ, K., BAŠKOVÁ, M.: *Podpora zdravia a prevencia ako jedna z možností zlepšenia kvality života.* Moderný medicínsky manažment, roč. VII, 2000, č. 3, s. 2 – 7.

Mgr. Mária Tabaková, Jana Badová
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
Maria.Tabakova@jfmed.uniba.sk

VÝZNAM KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV SO SCHIZOFRÉNIU

Ivana Retlichová

Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin

Schizofrénia je skupina ochorení, ktorú charakterizuje strata záujmu o iných ľuďoch a o realitu a zaoberanie sa vnútorným svetom tvarovaným podľa podstaty narušeného myslenia. (Janosiková, 1999, s. 106) Nejedná sa o jednotné ochorenie, ale o súbor ochorení, s rôznou etiológiou, prejavmi, prognózou, terapiou. Schizofrénia je psychotická porucha, prejavujúca sa poruchami myslenia, emotivity, konania a osobnosti. (Kolibáš, 1996, s. 119) Zaradujeme ju medzi endogénne psychózy. Vyskytuje sa asi u 1% populácie, u mužov aj u žien približne rovnako často. Začína v období puberty, niekedy aj skôr, vzácne po štyridsiatom piatom roku života. (Kolibáš, 1996, s. 51)

K základným charakteristikám schizofrénie patrí tendencia k relapsom. Každý relaps zhoršuje sociálnu situáciu pacienta a môže zanechávať reziduálne príznaky. Ochorenie niekedy začína náhle, častejšie pomaly, po rôzne dlhom období prodromálneho štádia. Toto obdobie sa prejavuje zmenami správania, stratou záujmov, úzkosťou, poruchami spánku a poruchami v sociálnej oblasti. Po tomto štádiu nastupuje iniciálne štádium, v ktorom sa príznaky ochorenia postupne naplno rozvíjajú.

Hospitalizácia pacientov počas akútnej exacerbácie ochorenia trvá zvyčajne niekoľko mesiacov. Dlhodobá hospitalizácia prináša so sebou určité riziká, ako je strata sebaúcty, strata komunitnej a rodinnej podpory, ako aj zníženie schopnosti starať sa o seba. Ošetrovateľská starostlivosť má mať podporný charakter, vzbudzovať dôveru pacienta. (Janosiková, 1999, s. 131)

Kauzálnu liečbu schizofrénie nepoznáme. Používané liečebné metódy sú zamerané na odstránenie príznakov choroby, respektíve na ich redukciu. Súčasťou liečby sú biologické liečebné metódy (farmakoterapia, elektrokonvulzívna terapia a ďalšie), psychoterapia (individuálna, skupinová, rodinná, muzikoterapia, arteterapia, biblioterapia), psychiatrická rehabilitácia (ergoterapia – liečba prácou, terapeutická komunita, fyzikálna liečba, kultúrno – rekreačná činnosť, edukatívna činnosť), reintegrácia postihnutých do spoločnosti a ošetrovateľská starostlivosť.

O pacienta sa stará multidisciplinárny tím, ktorého neoddeliteľnou súčasťou je jeho rodina. Dôležitá je aktívna spolupráca pacienta. Celý tím sa snaží o to, aby pacient po prepustení bol schopný žiť v spoločnosti. Zvýšená pozornosť sa venuje rodine a jej príprave na návrat postihnutého. Sestra spolupracuje s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu. Konanie a správanie sa členov tímu voči pacientovi musí byť jednotné. Sestra sa zameriava nielen na psychické a fyzické problémy schizofrenikov, ale dôležitú úlohu zohráva aj v rehabilitácii, resocializácii, integrácii postihnutých do spoločnosti a v spolupráci s rodinou.

Veľký dôraz sa kladie na pravidelné a dlhodobé užívanie farmakoterapie (od prijatia pacienta až po prepustenie z hospitalizácie a následne niekoľkoročné užívanie liekov). Okrem farmakoterapie práve ergoterapia pomáha postupne sa dostávať z uzatvorenia, pomáha pri integrácii psychických funkcií. Obnovujú sa pracovné návyky, technická zručnosť, čo posilňuje sebavedomie a pocit užitočnosti. Vhodná je práca v chránených dielňach. Postupne so zlepšovaním stavu môže pacient prejsť na chránené pracovné miesto, kde nie je vystavený nadmernej záťaži a konkurenčnému tlaku, pracuje vlastným tempom, až nakoniec sa môže zaradiť na pôvodné pracovné miesto.

Nosnými piliermi rehabilitačného a resocializačného programu sú terapeutické komunity, individuálny kontakt s lekárom, individuálna a skupinová psychoterapia, psychoedukácia, sociálna práca s pacientom, spolupráca s rodinou. (Böhmová a kol., 1999, s. 53)

Na zlepšenie sociálneho fungovania chorých sa využíva komunitný režim. Dôraz sa kladie na nácvik verbálnych a nonverbálnych zručností. Je založený na predpoklade, že schopnosť adekvátnejšie sociálne fungovať môže stlmiť škodlivý účinok stresových situácií, s ktorými sa chorý po prepustení stretáva a ktoré vedú často k relapsom a recidívam ochorenia. (Novotný, 1996, s. 22)

Komunikácia sa najskôr precvičuje v terapeutickej komunite a potom sa pacienti dostávajú do sociálnych kontaktov naživo. Ide predovšetkým o schopnosť komunikovať a využívať pravidlá slušného správania v úradoch, na pošte, schopnosť cestovať dopravnými prostriedkami. (Barbušáková, 1997, s. 135) Zaoberáme sa aj takými problémami ako je starostlivosť o telo, nakupovanie, prijímanie potravy, udržiavanie čistoty v byte, trávenie voľného času, školské vzdelávanie, práca, hospodárenie s peniazmi, schopnosti komunikácie, problémy v rodine, správanie sa na verejnosti a v rodine, zvládanie symptómov choroby. (Kallert, 1997, s. 56)

Chorí sa často obracajú na terapeutov so svojimi dennodennými problémami finančného hospodárenia, zoznamovania sa s opačným pohlavím, problémami s rodičmi, deťmi, partnermi, s problémom udržať hygienu, neschopnosťou upraviť sa. (Beránková, 1997, s. 112) V rámci sociálneho programu pacienti dostanú informáciu, prípadne pomoc pri

vybavovaní žiadosti o invalidný dôchodok, o možnosti zamestnania sa popri invalidnom dôchodku, o prechode z invalidného dôchodku do pracovného pomeru, o možnosti poberať jednorazovú alebo opakovanú sociálnu výpomoc atď. (Böhmová a kol., 1999, s. 63)

Veľmi dôležitú úlohu v resocializačnom procese zohráva rodina. Ak chorý doma medzi príbuznými nenájde podporu a pochopenie, dochádza k odcudzeniu navzájom, ale aj k vyššiemu počtu relapsov. Väčšina príbuzných nie je pripravená na problémy, ktoré nastávajú pri schizofrénnom ochorení. Tiež nie vždy sa im podarí pomocou metódy pokusu a omylu nájsť spôsob, ako vychádzať s chorým. Neprekvapuje potom, že mnohí pacienti postupne strácajú kontakt so svojou rodinou. (Hell, 1997, s. 83) Počas práce s rodinou sa zameriavame na edukáciu, riešenie problémov, zlepšenie komunikácie, zaobchádzanie s vyjadrením emócií, redukovanie kontaktu, vytváranie sociálnej siete, zníženie očakávaní. (Böhmová a kol., 1997, s. 7)

Pri dobrej spolupráci s chorým a s jeho rodinou je možné priaznivo ovplyvniť priebeh a prognózu ochorenia. Môžeme dosiahnuť pravidelné užívanie liekov, pravidelné kontroly, účasť rodiny pri dlhodobom rehabilitačnom a resocializačnom programe, zlepšiť prístupy rodiny k chorému, znížiť počet relapsov a oddialiť potrebu rehospitalizácie a invalidizácie chorého. (Čaplová, 1997, s. 11)

„Aby boli výsledky snaženia celého zdravotníckeho tímu úspešné, pokúšame sa dosiahnuť odstránenie všetkých foriem diskriminácie psychicky postihnutých tak, aby nastala ich úplná integrácia a rovnosť s ostatnými občanmi. Teda, aby sa život psychicky postihnutých čo najmenej líšil od života osôb bez tohoto postihnutia. Psychické postihnutie je definované tak, že ide o osoby, ktoré bez pomoci nie sú schopné:

- a) udržiavať normálne, pravidelné sociálne vzťahy;
- b) pre seba zabezpečiť a samostatne vykonávať zmysluplnú činnosť;
- c) získať primeraný a dostačujúci finančný príjem.“ (Černák, 1997, s. 33)

Psychicky postihnutí nemajú byť handicapovaní v zmysle straty alebo obmedzenia príležitostí a mali by mať rovnaký podiel na živote spoločnosti ako ostatní. S tým súvisí aj vytváranie rovnakých príležitostí, potreby schizofrenikov sú rovnako dôležité ako potreby iných ľudí, tieto potreby sa musia pre spoločnosť stať štandardom na plánovanie a všetky zdroje sa musia využívať tak, aby umožnili každému jednotlivcovi rovnakú príležitosť pre integráciu. (Černák, 1997, s. 33)

V snahe o zlepšovanie kvality života sa nestačí zamerať iba na príbuzných a pacientov, ale aj na verejnosť. Akákoľvek snaha celého zdravotníckeho tímu zameraná na pacienta a jeho príbuzných stroskotáva na nepochopení a odsudzovaní spoločnosti. Je preto potrebné zmeniť v spoločnosti názory na duševne chorých. To však nie je jednoduché. V tomto „boji“ by zdravotníci nemali zostať osamotení, ale mali by sa pridať aj orgány štátnej správy, miestnej samosprávy, občianske združenia, masovokomunikačné prostriedky, laickí pomocníci, atď.

Riešenie problematiky pacientov so schizofréniou je výzva pre celú spoločnosť. V prípade prenechania tejto problematiky iba na zdravotníctvo sa situácia nezmení, ale sa vráti spoločnosti ako ťažký bumerang.

Literatúra

1. Barbušáková, D., Adamík, B.: Resocializačný program Denného stacionára v Michalovciach. *Psychiatria*, 4, 1997, č. 1-4, s. 134-137. ISSN 1335-423X.
2. Beránková, A.: Význam pracovne rehabilitačných aktivít pre reintegráciu dlhodobo duševne chorých do spoločnosti. In: *Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti*. 1. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 1997, s. 110-113.
3. Böhmová, Z., Balcarová, K., Obuch, I.: Doliečovanie chorých so schizofrenickou psychózou v dennom stacionári Psychiatrickej kliniky LFUK a FN v Bratislave. *Psychiatria*, 6, 1999, č. 1, s. 53. ISSN 1335-423X.

4. Böhmová, Z., Salcerová, M., André, I.: Rodina a psychicky chorý. *Slovenský lekár*, 7 (21), 1997, č. 9, s. 7-8. ISSN 1335-0234.
5. Čaplová, T., Fleischer, J.: Rodina psychicky chorého a jej úloha pri identifikácii psychickej poruchy, pri jej liečbe a doliečovaní. *Slovenský lekár*, 7 (21), 1997, č.9, s. 9-11. ISSN 1335-0234.
6. Černák, P.: Koncepčný materiál zaradenia osôb s psychickým postihnutím do spoločnosti a pracovného procesu v systéme komplexnej psychiatrickej starostlivosti. In: *Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti*. 1. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 1997, s. 33-37.
7. Hell, D., Fischer – Felten, M.: *Schizofrénie (základy pre porozumenie a orientáciu)*. 1.vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 1997. 113 s. ISBN 80-967277-2-9.
8. Janosiková, H. E., Daviesová, L. J.: *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. slovenské vyd. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
9. Kallert, Th.: Psychiatrická potreba starostlivosti, potreba pomoci a predstavy o rehabilitácii pacientov so schizofréniou po prepustení z hospitalizácie v regióne Drážďany. In: *Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti*. Trenčín : Vydavateľstvo F, 1997. s. 50-62.
10. Kolibáš, E.: *Průručka klinickéj psychiatrie*. 1. vyd. Bratislava : Asklepios, 1996. 240 s. ISBN 80-7167-021-9.
11. Kolibáš, E. a kol.: *Špeciálna psychiatria*. 1. vyd. Bratislava : Polygrafické stredisko UK, 1996. 228 s.
12. Novotný, V., Čaplová, T. a kol.: Denné psychiatrické sanatórium Psychiatrickej kliniky FN – 10 ročné skúsenosti. *Slovenský lekár*, 6(20), 1996, č. 10, s. 21-23. ISSN 1335-0234.

Mgr. Ivana Retlichová
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
Ivana.Retlichova@jfmed.uniba.sk

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U TĚHOTNÝCH ŽEN S HIV INFEKČÍ A ONEMOCNĚNÍM AIDS

Yvetta Vrublová, Bohdana Dušová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví, Ostrava

ÚVOD

AIDS - Acquired Immunodeficiency (syndrom získaného selhání imunity)

HIV-Imunodeficiency Virus (virus lidského imunodeficitu)

AIDS je fenomén, ktorý vyvoláva strach i medzi zdravotníckymi pracovníkmi. Mají strach z nakažení, často neví, jak o HIV pozitivní pacienty pečovat. Problém AIDS je v dnešní době velmi aktuální a netýká se už jen homosexuálů, našel si cestu k heterosexuálům a tudíž i k ženám, které jsou nositelky toho nejvzácnějšího - života. I zde si AIDS vybírá svou daň v podobě HIV pozitivních matek a mnohdy také jejich dětí.

V roce 1981 bylo poprvé v odborné literatuře popsáno nové, dříve neznámé onemocnění člověka, jeho podstata spočívala v selhání buněčné imunity. První případy byly diagnostikovány v San Francisku a v New Yorku u mladých homosexuálních mužů, kteří trpěli zvláštní formou pneumonie, vyvolanou parazitem *Pneumocystis Carini*, nebo nádorem zvaným Kaposiho sarkom. Prudce stoupající počet onemocnění, jejich časová i místní souvislost a další epidemické údaje svědčily už od začátku o infekční etiologii AIDS.

Objev samotného viru HIV₁ je spojován s rokem 1983. V roce 1986 byl v západní Africe izolovaný od nemocného virus HIV₂.

Po první Mezinárodní konferenci v roce 1985 byl svět znepokojen dramatickým rozvojem pandemie AIDS, proto byla v roce 1987 vyhlášena SZO globální strategie boje proti AIDS.

Přenos viru HIV:

- pohlavním stykem
- krevní cestou (parenterálně)
- z matky na plod (vertikálně)

Zdrojem nákazy je infikovaný člověk. K přenosu infekce je třeba prahové množství viru. Žena je oproti muži vystavena většímu riziku při přenosu HIV. Ženy tvoří asi 20 % HIV infikovaných v Evropě a asi 50% případů v rozvojových zemích. Stoupající počet HIV infikovaných žen má nesmírný dopad na život celé společnosti. Specifickým problémem infekce HIV u žen je stoupající počet dětí s AIDS. Cílem této práce je popsat aplikaci ošetrovatelského procesu při péči o HIV-pozitivní těhotné ženy, začlenit ošetrovatelské diagnózy do plánování ošetrovatelské péče o těhotné HIV-pozitivní a AIDS nemocné gravidní ženy v období těhotenství.

PRENATÁLNÍ PÉČE O TĚHOTNOU ŽENU S HIV INFEKČÍ

Péče o těhotnou ženu s HIV infekcí se uskutečňuje prostřednictvím poradny, kterou vede gynekolog, který spolupracuje s AIDS centrem. Podle stavu a průběhu těhotenství je žena zvána do poradny k preventivním prohlídkám, na odborná vyšetření na specializovaném pracovišti, příp. hospitalizována. Ve vlastním zájmu může navštěvovat profylaktické kurzy spolu s otcem, kde se seznamuje s průběhem těhotenství, životosprávou a připravuje se na období porodu a péči o dítě. Je velmi důležité, aby klientka pravidelně navštěvovala AIDS poradnu a užívala antiretrovirotikum.

PRVNÍ NÁVŠTĚVA V PORADNĚ PRO TĚHOTNÉ

1. Anamnestické údaje

- základní informační databáze (jméno, příjmení, stav aj.)
- rodinná anamnéza (závažná onemocnění v rodině ze strany matky i otce)
- osobní anamnéza
- dosavadní závažná onemocnění, která by mohla ovlivnit průběh těhotenství, stav HIV infekce, výsledky laboratorních hodnot
- gynekologická anamnéza
- otázky menstruace (začátek menstruace, typ a délka trvání, potíže při menstruaci, léčebná opatření)
- užívání antikoncepce
- datum poslední menstruace
- předcházející těhotenství, porody a potraty (počet, průběh, ukončení, stav dítěte při narození)
- doplnění údajů o domácím a pracovním prostředí
- poskytnutí informací o možnosti profylaktické přípravy k porodu a péči o dítě - viz. dále

2. Aktuální hodnocení stavu

- velikost a stavba těla (hmotnost, výška, varixy, otoky aj.)
- vyšetření fyziologických funkcí
- vyšetření moče (základní biochemické vyšetření - průkaz bílkoviny, glukózy, ketolátky)

- vyšetření krve (základní biochemické vyšetření, stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, BWR, HIV, HbsAg, titr protilátek toxoplasmózy, další pomocná vyšetření podle ordinace lékaře)

3. Příprava ženy ke gynekologickému vyšetření

- poučení o způsobu vyšetření
- seznámení těhotné s invazivními a neinvazivními vyšetřeními během sledování normálního průběhu těhotenství
- asistence při vyšetření lékařem
- asistence u odběrů biologického materiálu z rodidel (MOP, kultivační vyš., cytologická vyšetření)

4. Vystavení průkazky těhotné

Průkazka slouží jako dokument k zapisování jednotlivých kontrolních vyšetření a výsledků, postupu a růstu těhotenství.

5. Další povinná vyšetření

- zubní vyšetření – sanace chrupu, možné komplikace
- interní vyšetření, včetně plicního vyšetření
- povinná screeningová vyšetření - ultrazvukové vyš. 10., 20., 30. týden gravidity
 - vyšetření krevního séra - AFP (alfafetoprotein)
 - HCG (choriový gonádotropin)
 - hladiny estriolu

6. Invazivní metody - pouze u rizikových skupin těhotných

- Amnionocentéza
- Biopsie chória
- Fetoskopie

Tato vyšetření se provádějí po konzultaci AIDS centerem na specializovaném pracovišti.

DALŠÍ NÁVŠTĚVY V PORADNĚ

- kontroly se doporučují dle stavu 2x měsíčně (u obvodního gynekologa nebo u gynekologa specialisty na HIV infekci při AIDS centru – současná praxe)
- při každé kontrole porodní asistentka sleduje - hmotnostní přírůstek
 - fyziologické funkce
 - orientační vyšetření moče
 - otoky, stav kůže
 - výsledky vyšetření
 - celkový průběh těhotenství
 - psychický stav
 - poskytuje informace o dalším průběhu těhotenství
 - zjišťuje vedlejší účinky podávaných virostatik

Porodní asistentka provádí profylaxi ženy, která spočívá v poskytnutí informací týkajících se:

- hygienické péče v těhotenství péče o tělo, péče o genitál, péče o prsy,
- přiměřené výživy s ohledem na HIV infekci, možných potíží s výživou,
- vyprazdňování a jejich nebezpečí (např. bakteriurie, zácpa)
- přípravy na porod - výchova k rodičovství, průběh sc., šestinedělí
- péče o dítě, udržování fyzické kondice, sebevzdělávání

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY V TĚHOTENSTVÍ

1. Nedostatečná informovanost klientky o své chorobě, o těhotenství a možném infikování plodu z důvodu - nedostatečné informovanosti zdravotnickými pracovníky
- nespolupráci klientky

Cíl: klientka bude poučena

- o AIDS nemoci, její příčině, způsobu přenosu, inkubační době, klinickém obraze, komplikacích, možné terapii, kontaktních místech, právech a povinnostech, nutnosti dodržování hygienických opatření, opatření týkající se sexuálních praktik
- o průběhu těhotenství, o možné léčbě v průběhu těhotenství z důvodu zabránění infikování plodu, o způsobu provedení císařského řezu
- o nutnosti aktivní spolupráce na léčebném programu

Intervence

1. Zjistit úroveň znalostí, neznalostí
2. Vysvětlit klientce cíl svého snažení
3. Jednat s klientkou jako s rovnoprávným partnerem, vyvarovat se nevhodných poznámek, strachu z nákazy
4. Při souhlasu klientky kontaktovat rodinu, partnera a přizvat ke spolupráci
5. Snažit se vytvořit důvěryhodný vztah
6. Poskytnout dostatek odborné literatury
7. V pravidelných intervalech vyhodnocovat výsledky edukace

2. Obavy z vyčlenění ze společnosti, izolace z důvodu vlastní infekce,
z důvodu nedostatečného rodinného zázemí
z důvodu absence partnera
z důvodu nedostatečných sociálních jistot

Cíl: zvýšit vlastní akceptaci svého já
nalézt smysl vlastního života
snížit psychické napětí
podpořit duševní rovnováhu

Intervence

1. Snažit se spolupracovat s partnerem či rodinou
2. Dát dostatečný prostor klientce pro komunikaci o svých problémech
3. Dostatečně informovat o sociálních možnostech

3. Poruchy ve výživě z důvodu sníženého příjmu potravin při raní gestóze
z důvodu zvýšeného příjmu potravin
z důvodu nedostatečných informací
z důvodu změny objemu tělesných tekutin v důsledku aktivních ztrát

Cíl: předejít poruchám ve výživě dostatečnou informovaností
předejít vzniku obezity a tím vzniku pozdní gestózy
zajistit dostatečně vyváženou zdravou výživu

Intervence

1. Snažit se vysvětlit klientce cíl svého snažení
2. Získat klientku pro dodržování zdravé životosprávy
3. Pravidelné sledování tělesné hmotnosti a její záznam
4. Sledovat možné otoky
5. Sledovat fyziologické funkce (TK, P, D)
6. Při zvracení sledovat množství, četnost, mineralogram
7. Sledovat výsledky screeningového vyšetření moče
8. Informovat klientku o riziku gestózy

4. Bolest z důvodu hormonálních změn, nedostatečných informací o možnostech přiměřené zátěže pro gravidní ženu
z důvodu infekce, zevních kožních lézí, periferní neuropatie, myalgie a artralgie

Cíl: klientka bude znát příčinu bolesti
klientka bude seznámena se způsoby, které přinášejí úlevu
klientka se bude cítit subjektivně lépe
klientka bude udávat výrazné zmírnění, popř. vymizení bolesti

Intervence

1. Zjistit příčinu klientčiny bolesti
2. Sledovat a pečlivě zaznamenávat charakter, druh, trvání, vyvolávající faktory
3. Vypracovat si různé typy škál pro hodnocení bolesti a pravidelně je zaznamenávat
4. Věnovat pozornost všem projevům bolesti
5. Pravidelně sledovat vitální funkce (v období akutní bolesti kolísají)
6. Zajistit klientce klid a doporučit omezení veškeré činnosti
7. Seznámit klientku s možnostmi relaxačních dechových cvičení
8. Snažit se využít všech dostupných prostředků, které by mohly pomoci (masáže zad, změny polohy těla, místní aplikace tepla a chladu)

5. Riziko poškození plodu i matky z důvodu vlastního onemocnění HIV infekcí
z důvodu nedostatečné informovanosti
z důvodu nezdravého životního stylu

Cíl: klientka bude poučena o možnosti infikování plodu
klientka bude poučena o možných rizicích poškození plodu
klientka bude poučena o nutnosti zdravého způsobu života z důvodu gravidity, ale také z důvodu vlastní pozitivivity

Intervence

1. Zjistit informovanost klientky o možném infikování plodu
2. Informovat klientku o možném riziku poškození plodu
3. Zjistit současný způsob života klientky
4. Zapojit partnera popř. rodinu
5. Snažit se o vytvoření důvěryhodného vztahu
6. Přesvědčit klientku o významu zdravého způsobu života

6. Poruchy ve vyprazdňování - moče z důvodu hormonálních a orgánových změn vlivem těhotenství (snížení motility urogenitálního aparátu)
- stolice - zácpa z důvodů orgánových a hormonálních změn (zpomalení motility GIT)
- průjem z důvodu HIV infekce

Cíl: dostatečná informovanost o možných poruchách vyprazdňování
zlepšení či odstranění poruch ve vyprazdňování

Intervence

1. Vysvětlit a informovat klientku o možných poruchách při vyprazdňování
2. Vysvětlit příčiny těchto poruch
3. Vysvětlit možné předcházení těmto poruchám
4. Pravidelné sledování odchodu moče a stolice
5. Snažit se, aby se klientka aktivně zapojila do procesu poznání

7. Riziko poruchy srdečního výdeje z důvodu energetických nároků organismu

v důsledku těhotenství

Cíl: stabilizování zdravotního stavu
předcházení těmto komplikacím

Intervence

1. Pravidelné sledování TK a P
2. Sledování případných otoků
3. Sledování barvy kůže a akrálních částí těla
4. Vysvětlení klientce nebezpečí nevhodných aktivit
5. Vysvětlit klientce důležitost aktivního odpočinku
6. Dostatečný spánek, předcházení stresovým situacím

8. Riziko samovolného potratu z důvodu HIV infekce a klinických příznaků AIDS

Riziko odumření plodu z důvodu HIV a AIDS

Cíl: snížit riziko samovolného potratu
dostatečně informovat klientku o možném riziku

Intervence

1. Dostatečně osvětlit možnost samovolného potratu
2. Vysvětlit klientce možnosti snížení rizika samovolného potratu
3. Umožnit klientce, aby se zeptala na to co jí zajímá a zajistit jí kvalifikovanou odpověď
4. Spolupracovat s partnerem, rodinou
5. Pravidelná kontrola ozev plodu, pohybů

Po stanovení uvedených ošetrovatelských diagnóz, specifikaci cílů a intervencí následuje sestavení ošetrovatelského plánu a hodnocení dosažených vytyčených cílů.

V případě úspěšného těhotenství je těhotná žena tři týdny před ultrazvukovým termínem porodu hospitalizována na specializovaném pracovišti AIDS centra, kde je jí po vyšetření stanoven termín císařského řezu.

Literatura

1. ČECH E et.al. *Porodnictví*. Praha: Grada 1999.
2. KEENLYSIDE R, JOHNSON A. *The epidemiology of Hiv-1 infection and AIDS in women*. AIDS 1993. s. 7
3. KOZIEROVÁ B, ERBOVÁ G, OLIVIEROVÁ R. *Ošetrovatelstvo 1,2*. Martin: Osveta 1995.
4. ROZSYPAL H. *AIDS Klinický obraz a léčba*. Maxdorf.1998.
5. STAŇKOVÁ M, ROZSYPAL H, BRŮČKOVÁ M, HOLUB M. Vertikální přenos HIV infekce - první příklad v České republice. *Čs. Pediatr* 1991; 56: s. 165-171.
6. TURNER B J, MC KEE L J, SILVERMAN NS et al. Prenatal care and birth outcomes of a cohort of HIV - infected women. *J. Acq. Immune. Defic.Synd. Hum.* 1996.

PhDr. Yvetta Vrublová, PhDr. Bohdana Dušová
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
Yvetta.Vrublova@osu.cz
Bohdana.Dusova@osu.cz

ÚLOHA ERGOTERAPEUTA PŘI PROPOUŠTĚNÍ PACIENTŮ VYŠŠÍHO VĚKU Z NEMOCNICE

Jana Chlumecká, Mirka Kolínová

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky, Praha

Úvod

Cílem projektu realizovaného Ústavem lékařské etiky 3. LF UK, který navazuje na projekt sdružení COHENRE (sdružení poskytovatelů vysokoškolského vzdělání v paramedicínských oborech), je doporučit postup propouštění rizikových pacientů vyššího věku z akutních lůžek, poukázat na provázanost zdravotní a sociální problematiky, zjistit potřebnost vzniku nových typů terénních služeb pro seniory, zdůvodnit nutnost zastoupení nelékařských profesí v péči o seniory a stanovit jejich kompetence.

Podle mnoha autorů je klíčovým úkolem v propouštění seniorů z nemocnice včasné zhodnocení celkového funkčního stavu, identifikace rizikových pacientů již při přijetí do nemocnice a mezioborová profesionální spolupráce (1, 2). Jen tak lze péči a terapii plánovat, včas zajistit následné zdravotní a sociální služby podle individuálních potřeb osoby, předejít dekompenzaci zdravotního stavu po propuštění a omezit počet rehospitalizací.

Můj příspěvek pojednává o postavení oboru ergoterapie v této oblasti a představení kompetencí ergoterapeuta v procesu propouštění seniorů z nemocnice.

Co je to ergoterapie

„Ergoterapie je zdravotnická profese, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedince každého věku, s různým typem postižení, který je trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižený.“

(Česká asociace ergoterapeutů, 2000)

Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti jedince v domácím, pracovním a sociálním prostředí, zvýšit jeho kvalitu života a umožnit tak co nejdéle vést nezávislý a plnohodnotný život v komunitě. Ergoterapie je založena na předpokladu, že zapojení člověka do cílené a smysluplné činnosti podporuje jeho mentální a fyzické funkce, celkovou pohodu a vede ke zlepšení zdravotního stavu. Jedinečnost profese je dána využitím aktivity jako terapeutického prostředku. Terapie by měla být cílená, vycházet ze zjištěných problémů jedince, odrážet jeho cíle, potřeby, zájmy, sociální role a přispívat ke zlepšení fungování ve všedních denních činnostech (ADL - activities of daily living), pracovních činnostech, sociálních i zájmových aktivitách.

Specifika ergoterapie u geriatrických pacientů

U seniorů se díky chronickým onemocněním, následkům úrazů, zdravotním postižením či procesu stárnutí často objevují potíže v provádění všedních denních činností. Senioři omezují sociální kontakty, opouštějí své koníčky a zájmy. Omezení aktivit vede k poklesu celkové kondice, což má za následek další zhoršení jejich soběstačnosti. Objevuje se potřeba asistence či dohled druhé osoby při činnostech, které jsou velmi intimní, přičemž závislost na pomoci druhé osoby bývá špatně snášena, objevuje se pocit ztráty sebedůvěry, vlastní identity, potřebnosti.

Již po kratší době hospitalizace u osob, u kterých nedošlo k výrazné změně funkčního stavu, ale nemají možnost samostatně provádět úkony sebeobsluhy, může dojít k narušení pohybových stereotypů. Objevuje se u nich nedůvěra ve své schopnosti a obava z návratu domů. Z tohoto důvodu je nutné bránit zbytečné imobilizaci pacientů vyššího věku, udržovat v kondici nejen fyzické a psychické funkce, ale i úkony soběstačnosti. Cílem ergoterapie je zabránit zhoršení funkčního stavu, podporovat u seniorů aktivní přístup ke svému zdraví a umožnit osobě co možná nejdéle vést nezávislý a bezpečný život v komunitě.

Ergoterapeut by proto měl ve spolupráci s ošetrovatelským personálem hodnotit, monitorovat a podporovat provádění úkonů sebeobsluhy. Zajistit bezpečnost prostředí, doporučit preventivní opatření, kompenzační pomůcky a zapojit osobu do vhodných skupinových aktivit. Důležitou oblastí ergoterapie je příprava osoby na návrat domů. Je nutné s osobou vyzkoušet činnosti, které ji po návratu domů čekají. Odhalit možné obtíže v provádění všedních denních aktivit před propuštěním a přispět k jejich odstranění či omezení. Hodnocení základních instrumentálních všedních činností jako je příprava jednoduchého jídla, medikace, manipulace s penězi a telefonování je nutné z toho důvodu, že povzbuzuje u osoby pocit vlastní kompetence, schopnosti a snižuje obavy. Problémy v jejich výkonu mohou identifikovat počínající postižení kognitivních funkcí či potřebu zajištění komunitních služeb (3).

U osob, kde došlo k výrazné změně funkčního stavu v důsledku zdravotního postižení či progresivního onemocnění, je cílem ergoterapie pomoci osobě i její rodině vyrovnat se s novou životní situací, nabídnout možná řešení problémů vzniklých v důsledku disability a zabránit vzniku handicapu.

Závěr:

Cíle ergoterapie v nemocnici jsou tedy následující:

- Hodnotit a nacvičovat všední denní činnosti (ADL), jelikož úroveň soběstačnosti v ADL může rozhodnout o návratu seniora domů, potřebě terénních služeb či umístění do

následného ošetrovatelského zařízení. Při pouhém rozhovoru se problémy nemusí projevit, osoba může přeceňovat nebo podceňovat své schopnosti, protože zatím neměla možnost činnosti samostatně v době hospitalizace provádět.

- Zlepšovat funkce, které jsou důležité pro zvládnutí komplexnějších činností ADL (př. rozsah pohybu, svalová síla, koordinace, koncentrace pozornosti, jemná motorika). Příkladem může být, že pouhé zlepšení funkce opozice palce pomůže osobě zachovat schopnost samostatného sebesycení.
- Provádět skupinovou ergoterapii zaměřenou na celkovou aktivizaci osoby.
- Doporučit a naučit používat potřebné kompenzační pomůcky.
- Zaškolit rodinu i ostatní personál nemocnice ve vhodné asistenci, stimulaci, používání pomůcek apod.
- Provádět domácí návštěvy (ideálně s pacientem, popř. získat informace od rodiny) pro zjištění možných bariér domácnosti a širšího okolí, doporučení potřebných úprav prostředí, zajištění speciálních technických či kompenzačních pomůcek, seznámení se s potřebami, hodnotovým systémem a chodem rodiny.

Jaké by měly být kompetence ergoterapeuta v procesu propouštění seniorů z nemocnice:

- zjišťovat stupeň fungování osoby, potřebu a rozsah asistence při činnostech
- prognosticky hodnotit možná rizika návratu domů
- spolurozhodovat o správném umístění osoby po propuštění (vhodné další doléčení, rehabilitační zařízení, domácí prostředí - př. jestliže osoba potřebuje asistenci či dohled pouze při koupání, může vyžadovat pomoc druhé osoby 1x za několik dní, zatímco osoba, která má potíže s přesuny může vyžadovat celodenní péči)
- v případě návratu domů informovat o nutnosti pokračování terénní ergoterapie praktického lékaře
- po domácí návštěvě indikovat vhodné kompenzační pomůcky, úpravy bytu
- spolupracovat se sociálním pracovníkem pro zajištění příspěvků na bezbariérové úpravy či příspěvky na pomůcky nehrazené VZP
- spolupracovat s rodinou, instruovat o možnostech, omezení seniora, asistenci, stimulaci apod.
- vypracovat propouštěcí či překladovou zprávu ergoterapeuta

Propouštění by mělo být součástí poskytování kvalitní zdravotní péče. Potřeby seniorů při propouštění z nemocnice jsou komplexní a tak by se k nim mělo i přistupovat. Je zřejmé, že bez týmové spolupráce, kde své místo má i ergoterapeut, to není možné.

Literatura

1. NAYLOR, M. a kol. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly- a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120, 1994, s. 999-1006.
2. LEE, V., ROSS, B., TRACY, B. Functional assessment of older adults in an emergency department. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68/2, 2001, od s. 121.
3. NOURHASHEMI, F, ANDRIEU, S. a kol. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56/7, 2001, s. 448-53.
4. ESHUN, A.B. Effective rehabilitation for older people. *Nursing Standard*, 13/40, 1999, od s. 39.
5. LEWIS, S.C. *Elder care in occupational therapy*. Slack incorporated, New Jersey 1989.
6. LOHMAN, H., PADILLA R.L., BYERS-CONNOR, S. *Occupational therapy with elders- strategies for the COTA*. Mosby, London 1998.

Bc. Jana Chlumecká, PhDr. Mirka Kolínová
Univerzita Karlova v Praze
1. Lékařská fakulta
Ústav lékařské etiky
Ruská 87
100 00 Praha 10
jana.chlumecka@lf3.cuni.cz
mirka.kolinova@lf3.cuni.cz

PŘÍSPĚVEK K PROBLEMATICE KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM A JEHO RODIČI

Mirka Kolínová, Jana Chlumecká

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky, Praha

Předkládaný příspěvek se zabývá problémy komunikace, se kterými se setkávají rodiče postižených dětí v nemocnici. Poukazuje na to, co mohou sestry pro často neoddělitelnou „dvojku“ (většinou matku a její dítě) udělat, jak jim mohou pomoci.

Ve svém příspěvku vycházím z vlastní zkušenosti zdravotníka i matky hospitalizovaného dítěte. Měla jsem možnost nahlédnout tento problém z obou zúčastněných stran. Základní použitou metodou bylo pozorování hospitalizovaných matek s dětmi a analýza vlastní situace v nemocnicích různého typu. Přes poměrně malý vzorek matek a vlastní citové zaujetí se domnívám, že by tento příspěvek mohl být základem dalšího výzkumu v této oblasti a vést k zamyšlení nad praktickým sociálně psychologickým výcvikem sester i lékařů.

Příspěvek má následující strukturu:

1. Připomenutí sociálně psychologických poznatků, obsažených v psychologické a zdravotnické literatuře, které se vztahují k našemu tématu.
2. Vytvoření podmínek pro rodiče postižených dětí v případě hospitalizace.

Touto problematikou se v naší literatuře zejména zabývá klasik české vývojové psychologie prof. Z. Matějček (5): „Nemůžeme každému dítěti zajistit plné zdraví, ale můžeme mu dopomáhat k šťastnému dětství. Rodiče a vychovatele postiženého dítěte mají být sice obětaví, ale nesmí obětovat sami sebe – pak by nemohly už dítěti nijak prospět! Dítě je potřebuje zdravé, odhodlané, svěží a radostné...“. Situaci rodičů dětí postižených vrozenou vadou výstižně ukázal televizní pořad A. Beckové „Vítejte v jiné zemi“. Je to jeden z mála příspěvků, z něhož číší naděje, alespoň trochu optimismu a výzva k boji, nikoliv k pasivnímu

snášení situace. Je to skutečně tak, jako kdybyste si plánovali cestu někam (a tu plánujete devět měsíců) a pak se rázem ocitli v jiné zemi, kde jsou sice také pěkné věci, ale Vy jste novou situací tak šokováni, že je zpočátku nejste schopni vnímat. Musíte se smířit s tím, že tam, kam jste chtěli původně odjet, již nikdy nedojedete.

Mnoho podnětných námětů může interesovaný čtenář načerpat v níže uvedené literatuře, kterou jsme omezily na nejznámější a poměrně dostupné tituly, viz odkazy 1 až 6. Lze se zde seznámit se skutečnostmi, že komunikace probíhá na dvou úrovních: obsahové a vztahové. Mnoho rodičů vnímá negativně pocit nejistoty, neurčitá vyjádření lékařů, která nikam nevedou. Samozřejmě, že lékaři musí opatrně formulovat prognózu, zvláště u dítěte, které má vývoj před sebou. Lékař musí také náležitým způsobem poučit rodiče, aby měli přesné a pro ně srozumitelné informace, bez nichž péče o tyto děti nemůže být úspěšná. Často se stává, že pečliví rodiče hledají v lékařských knihovnách informace, místo toho, aby se jim dostalo vysvětlení od důvěryhodného lékaře. Pokud rodiče tzv. vědí, mohou dítěti lépe porozumět a pomáhat. Mohou se setkávat s rodiči podobně postižených dětí a předávat si zkušenosti. Také ze sebe mohou navzájem čerpat sílu. Vztahová úroveň určuje, jak je třeba to, co se říká doopravdy chápat a jak je třeba to přijímat. Pokud nastane rozpor mezi obsahem a vztahem, důsledkem může být ztráta důvěry v lékaře i ve střední zdravotnický personál.

Možný charakter komunikace dítě, matka, lékař a zdravotní sestra:

A) Komunikace v rámci spolupracujícího (partnerského) přístupu

Pacient je v tomto modelu spolutvůrcem procesu uzdravování, je respektována jeho osobnost. Partnerský model se začíná postupně (ne bez obtíží) prosazovat i v situaci matek a hospitalizovaných dětí.

B) Komunikace v rámci paternalistického přístupu

Tento přístup bývá též označován jako tradiční a v minulosti převažoval. Jde o model ve kterém je zdravotnický personál dominantní, lékař má určující postavení a pacient je pouze pasivním objektem zdravotnických činností. Pro tuto část viz zejména literatura 1 až 3.

Ad A) Partnerský přístup předpokládá mezi rodiči a zdravotníky rovnocenný vztah. Profesionální i rodičovské kompetence jsou přesně určeny. Rodič je uznáván jako expert na svoje dítě v dobrém smyslu slova. Zná nejlépe návyky svého dítěte, jeho denní režim a zvláštnosti péče, kterou dítě potřebuje vzhledem k charakteru handicapu. V situaci dítěte handicapovaného je to zvláště důležité. Např.: Dítě, které neslyší, nebo dítě s rozštěpovou vadou obličeje, potřebuje speciální péči. Matka v převážné většině případů tuto péči ovládá dokonale. Rodič je v tomto případě partnerem zdravotnického personálu, neexistují vztahy dominantní ani submisivní. Rodiče i zdravotníci vědí, že mají společný cíl, společně hledají alternativy a společně nacházejí řešení, které je pro dítě v dané etapě nejlepší. Hospitalizovaná matka je pro zdravotníky téměř členem zdravotnického týmu.

Ad B) Paternalistický přístup může v krajním případě vyústit až v postoj zdravotníků, že matka je nekompetentní, neschopná se o dítě v nemocnici postarat. Tato situace může také nastat, ale naštěstí v našich nemocnicích nepřevažuje. Podle toho, jak je s matkou v nemocnici zacházeno, jaký postoj k matce zdravotníci zaujmou na počátku hospitalizace, tak se utváří vzájemné vztahy. Matky si často stěžují na „komandování“ ze strany sester, situace se může stát až konfliktní, což neprospívá žádné ze zúčastněných stran.

Jaké prostředí a podmínky je třeba rodičům a dětem v nemocnici vytvořit?

- vytvořit podmínky prostorové, které umožní matce o dítě pečovat (ideální situací je společný pokoj pro matku a dítě, náhradní, ale ještě přijatelné řešení je takové, kdy matka spí odděleně)
- informovat hned po přijetí o organizačním řádu pro maminky s dětmi, možnosti a meze musí být jasně stanoveny
- vytvořit rodičům důvěryhodné prostředí (žádoucí je pocit bezpečí, jistoty, uklidnění a opory, je nutné podávat jednotné informace, pozor na poskytování informací ze strany středního zdravotnického personálu)
- respektovat skutečnost, že rodiče postižených dětí jsou často úzkostnější, profesionálně se snažit o zmírnění úzkosti (žádoucí je informace opakovat v klidu, rodičům pomáhá skutečnost, že spolurozhodují o léčebných a ošetrovatelských postupech, že mají tzv. situaci pod kontrolou)
- respektovat režim dítěte, být maximálně ohleduplní k jeho potřebám (spánek, stravování, zvláštnosti vzhledem k typu postižení)
- udržet komunikaci mezi matkou a zdravotnickým personálem na dobré úrovni, navzájem si předávat informace o stavu dítěte (určité typy matek můžeme citlivě vést, od jiných se i jako zdravotníci můžeme mnoho naučit)
- dodržovat společenské konvence (děti zásadně oslovovat jménem, matky příjmením), dodržovat zásadu individuálního přístupu
- zabránit možné sociální izolaci matky s dítětem na pokoji (jde o situaci, kdy sestra s matkou téměř nekomunikuje, předpokládá, že matka si vše zajistí sama a matka nechce personál tzv. „obtěžovat“)
- poskytnout odbornou zdravotnickou pomoc, ale i pomoc lidskou, být informována i o sociálně právní problematice dětí s postižením

Ve výše uvedeném sdělení jsme upozornily na situaci matek postižených dětí, které tráví v našich nemocnicích více času, než je obvyklé. Poznatky psychologie jsou v této oblasti jasné a jednoznačné - u dítěte s postižením je přítomnost matky zvláště nutná. Co nás však nenechává klidnými je právě konkrétní realizace a aplikace těchto poznatků v praxi. Existují také velké rezervy v přípravě sociálně psychologických dovedností lékařů i sester.

Literatura

1. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997.
2. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, 1997.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2001.
4. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Praha: Nakladatelství H+H, 1992.
6. WILLIAMS, D. *Communication skills in practise a practical guide for health professional*. London: J. Kingsley Publisher, 1997.

PhDr. Mirka Kolínová, Bc. Jana Chlumecká
Univerzita Karlova v Praze
2. Lékařská fakulta
Ústav lékařské etiky
Ruská 87
100 00 Praha 10
mirka.kolinova@lf3.cuni.cz
jana.chlumecka@lf3.cuni.cz

FYZIOTERAPEUTICKÁ PÉČE NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ JIP

Jarmila Kristíníková, Miluška Novobilská

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, katedra rehabilitace, Ostrava
Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, Klinika léčebné rehabilitace, Ostrava

Jednotka intenzivní péče dětské kliniky FN sP Ostrava je specializované pracoviště s týmem zdravotnických pracovníků, který zajišťuje péči o děti s různým onemocněním nebo traumatem. Do tohoto týmu patří i fyzioterapeut. Pestrost diagnóz, které se na dětské JIP vyskytují, s sebou přináší i aplikaci různých fyzioterapeutických metod a přístupů. Nejčastěji se zde setkáváme s indikacemi neurologickými, interními a nezářka i traumatologickými. Z neurologických diagnóz jde o různé vrozené a vývojové anomálie centrálního i periferního nervového systému, objevují se i onemocnění demyelinizačního charakteru. Z interních onemocnění jde v převážné většině o děti s astmatickými a alergickými respiračními projevy, s akutními nebo chronickými bronchitidami, laryngitidami nebo pneumoniemi. Traumatologické indikace nejsou tak časté. Jedná se o děti po polytraumatech jako následku dopravní nehody, v kombinaci s odeznívajícím apalickým syndromem.

Co se týká věkových kategorií, i ty jsou různé. Pracujeme s kojenci, batolaty i s dětmi různého předškolního i školního věku. Tato skutečnost sebou nese i nutnost znalostí bazálních aspektů a zákonitostí dětské psychiky v různých věkových obdobích. Vědět, jak reaguje hospitalizované dítě, jaké jsou změny dětské psychiky a vnímavosti v tak specifickém prostředí jakým je nemocnice a zvláště jednotka intenzivní péče. V první fázi je nutné si získat dětskou důvěru a náklonnost a motivovat ho k terapii. Je to mnohdy obtížné, protože také patříme k „lidem v bílém“, kteří většinou přinášejí bolest. O to povzbudivější je pro nás pozorovat, že dítě, které vidí v našich rukou malý žlutý míček, si již samo rozepíná košilku, protože ví, že to co bude následovat nebolí, ale hladí.

Míčková facilitace je technika, kterou tento žlutý míček představuje a je v rámci respirační fyzioterapie velmi často využívanou metodou na těchto odděleních. U malých pacientů na řízené nebo podpůrné ventilaci nebo u dětí s respiračním onemocněním aplikujeme míčkovou facilitaci pro její příznivé účinky na dýchání samotné, které se stává ekonomičtější, ale také pro usnadnění posunu sekretu v bronchu a jeho následném lepším vykašlání. Reflexně pak využíváme uvolnění svalového napětí ve svalech mezižeberních a svalech horní apertury

hrudní. Pokud pracujeme s dětmi astmatickými či alergickými, je nutné ovlivnit i držení v oblasti krční a hrudní páteře, ramen a celého hrudníku. Pro často značnou bolestivost v této oblasti je možno pro uvolnění použít i nespecifické mobilizace pomocí míčků nebo over-balu. Před samotnou respirační fyzioterapií je vhodné pozitivně ovlivnit i oblast orofaciální, která s dobrou ekonomikou dýchání bezprostředně souvisí. Základní principy respirační fyzioterapie, jak je uvádí Smolíková (1), musí zvládnout nejen děti, ale také jejich rodiče.

Z hlediska kineziologického je vdech dějem aktivním a je spíše třeba jeho korekce než aktivace. Potřeba aktivace je vyjádřena u expiria, které je důležité svalově podpořit, a je to právě výdech, který ve svých důsledcích ovlivňuje kvalitu vdechu. Budeme-li hovořit o základním dechovém vzoru, máme na mysli schéma: výdech ústy (nosem) – krátká pauza - vdech ústy - krátká pauza – výdech ústy (nosem). Tento dechový vzor si musí dítě osvojit, zvláště je-li respirační fyzioterapie kombinovaná s inhalační léčbou. Děti mohou respirační terapii provádět podle svého věku v různých polohách. Fyziologickou polohou těla pro dýchání je vertikála, kdy je pohybovou osou pro dýchání pánev – páteř s hrudníkem – hlava. Při zásadě dodržení principů Brüggerova sedu je možné provádět respirační fyzioterapii ve vertikální poloze už od útlého věku, např. v náručí nebo na klíně rodiče. Jak již bylo uvedeno je problémem respiračně nemocných dětí spíše výdech. V počátcích terapie se zaměřujeme na správně provedený výdech. Můžeme jej zaktivovat všeobecně známými metodikami, jako je foukání do papírových kuliček, použití Flutteru atd. Následuje plynulý, pomalý a dostatečně dlouhý vdech. Opět jej můžeme naučit s použitím pomocných technik, jako je přerušovaný nebo kaskádový vdech. Vždy se při nácviku řídíme principem individuálního přístupu k pacientovu dýchání a při ovlivnění rytmu, rychlosti a hloubky dechu se nesnažíme o razantní zasahování. Jde nám o ekonomiku dýchání a důraz je kladen na instruktážní a edukační část respirační fyzioterapie.

K podpoře segmentového dýchání je možno u velmi malých dětí nebo dětí, které z různých důvodů nemohou spolupracovat (např. tlumené dítě) využít i prvků z reflexní lokomoce podle Vojty (2). Využití základních globálních vzorů reflexního plazení a otáčení má široké možnosti. Reflexní lokomoce může již od novorozeneckého věku ovlivnit start motorické ontogeneze a ovlivnit tak nejvýše uložená motorická centra. Dovoluje včlenění jednotlivých svalů do motorického vývoje, a tím ovlivňuje posturální držení. Při reflexní lokomoci je aktivována veškerá skeletální muskulatura a hladké svalstvo v trávicím a vylučovacím ústrojí, v kůži se objeví pilomotorická a sudomotorická reakce. Na dětské JIP lze tedy reflexní lokomoce využít jak u pacientů s cerebrální parézou, psychomotorickou retardací, tak i u dětí s poškozením periferní nervové soustavy. Svě místo má také u dětí s respiračním onemocněním pro svůj pozitivní vliv na segmentové dýchání.

Kromě těchto dvou zmíněných terapeutických přístupů je také na dětské JIP využíván i pohyb pasivní a aktivní, prvky z Bobathova konceptu a dalších facilitačních technik i metody myoskeletální medicíny. Je však nutné respektovat individualitu dětského pacienta, cvičení přizpůsobit jeho věku a mentalitě. Pozitivní motivace dosahovat formou hry.

Nedílnou součástí práce fyzioterapeuta je také edukace. Celodenní přítomnost rodiče hospitalizovaného dítěte se již stala téměř samozřejmostí. Rodič usnadňuje adaptaci svého dítěte na nemocniční prostředí a ve většině případů je tak jeho přítomnost pro dítě velkou psychickou podporou (3). Fyzioterapeut má možnost pracovat s rodičem a během hospitalizace dítěte ho tak naučit některé zásady pohybové terapie, kontrolovat správné provedení, aby tak mohlo být pokračováno v započaté kinezioterapii i po propuštění dítěte.

Míčková facilitace („míčkování“) není obtížné se naučit a bez větších potíží ho po instruktaži zvládne každý rodič. Důležité je pak přesvědčit rodiče o nutnosti pravidelného provádění terapie i doma. Aktivaci reflexního plazení a otáčení ze spoušťových zón lze také naučit matku či otce dítěte, jen je to obtížnější a vyžaduje více trpělivosti a přesvědčení přesto, že dítě reaguje mnohdy pláčem z diskomfortu polohy.

Možnosti fyzioterapeutické intervence jsou i na tomto specializovaném oddělení široké. Je možné je kombinovat, přizpůsobit individuálně momentálnímu stavu dítěte, jeho současným psychickým a motorickým schopnostem. Dózovat terapii tak, aby ve svém důsledku vedla k vyléčení nebo alespoň k optimalizaci funkce dětského pacienta.

Literatura

1. SMOLÍKOVÁ L. Inhalační léčba a inhalátory doma. *Pediatric pro praxi* 2001; 3: s.129-133.
2. VOJTA V, PETERS A. *Vojtův princip*. Grada Publishing: Praha 1995. 184s.
3. GRYM J. Dítě s matkou v nemocnici. *Pediatric pro praxi* 2001; 1: s. 28-30.

Mgr. Jarmila Kristiníková, Ph.D.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra rehabilitace
Syllabova 19
703 00 Ostrava 3
Jarmila.Kristinikova@osu.cz

REHABILITAČNÍ REEDUKACE ZÁKLADNÍCH NÁCVIKŮ SEBEOBSLUHY U NEMOCNÝCH V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI MEDIKŮ

Jana Holubová

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky, Praha

Ošetrovatelská praxe u mediků probíhá ve 2. ročníku - jako prázdninová praxe. Studenti mají možnost pracovat na základním oddělení interním nebo chirurgickém. Součástí ošetrovatelské péče je i rehabilitace. Z výuky ošetrovatelství, potřeby nemocných, komunikace si posluchači přináší základní znalosti, které mají možnost poprvé prakticky uplatnit. Praxe přináší mnoho pozitivního jak pro studenty, tak pro nemocné. Studenty zajímá, co nemocný cítí, co prožívá. Chtějí vědět, jak mohou nemocnému pomoci. Empatie a komunikativní dovednosti jsou u některých na velmi vysoké úrovni. Jejich elán, optimismus a nadšení se na nemocné přenáší, což můžeme jen uvítat. Velmi důležitá je zde úloha pedagoga, který umí podchytit zájem studentů, znásobit ho. Dokáže propojit teoretické základy rehabilitace s praktickým procvičováním. Studenti také aktivně spolupracují na seminářích. Získávají tak potřebnou jistotu a dovednosti pro praxi. Většina z nich se tak poprvé na delší dobu ocitá v nemocnici, poprvé ošetřuje chodící nemocné, ale i nemocné upoutané na lůžko, a to s různým stupněm pohybového omezení.

V ošetrovatelství se učí studenti základům rehabilitace - správné manipulaci s nemocným, polohování, vertikalizaci. Vědí, jak důležitá je včasná rehabilitace, stimulace, systematický a cílevědomý přístup k pacientovi v době po překonání akutní fáze onemocnění. Nemocný musí mít dostatek informací o tom, proč je nutné jej aktivizovat, proč má také sám vyvinout určité úsilí, proč potřebujeme jeho spolupráci. Pacient by měl chtít na sobě pracovat, mít pocit spoluzodpovědnosti za výsledky léčby. Zde vzniká velký prostor pro působení zdravotníků i mediků. Stávají se nutně psychology i pedagogy.

Při plnění ošetrovatelské prázdninové praxe uplatňují studenti své vědomosti u nemocného. Mají dostatek znalostí o tom, jak má vypadat správná poloha nemocného v lůžku na zádech, boku, břiše. Poloha je podmíněna diagnózou a momentálními potřebami nemocného. Správná poloha by měla zabránit kontrakturám a reologickým změnám. Je nutné zachovat rovněž fyziologické postavení kloubů. Polohu nemocného v lůžku je potřebné kontrolovat a znovu ji upravovat během celých 24 hodin. Dohlížet na časové limity, které činí dvě až tři hodiny. Ideální je co nejčastější změna polohy v závislosti na toleranci zátěže nemocného. Nejednat dle daných časových intervalů, ale podle potřeb a klinického stavu nemocného. V rámci prevence vzniku dekubitů, téměř neexistuje diagnóza, při které nelze pacienta polohovat.

Výjimku tvoří jen pacienti s akutními kraniotraumaty, kde je polohování zastupováno činností antidekubitní matrací (např. Nimbus).

Vzhledem k důležitosti plicní perfúze je nutné uložit nemocného do pronační polohy. Jedná se o polohu na břicho, při které dochází k největší perfúzi plic během styku s podložkou. Sekundárním efektem z pohledu rehabilitace je suprakmenová stimulace nemocného. Jedná se o metodiku P. Koláře z Fakultní nemocnice Motol (1), při které dochází mimo jiné k vyvolání suprakmenových reflexů. Přínosem této metodiky je aktivace diaphragmy (abdominální dýchání) a vyvolání ontogenetických vrozených pohybových vzorců dle Vojty, které jsou nezávislé na volní činnosti (lze uplatnit i u kvadruplegie, vegetativních syndromů). Kontraindikací této polohy je pouze intolerance zátěže nemocného podle klinického obrazu.

Další využití polohování je u nemocných po amputacích např. při exartikulacích v kolenním kloubu, kde převažují flexory dolní končetiny. Zde je nutné nemocného polohovat podkládáním pod hýžděmi a nutit postiženou dolní končetinu do extenze. Zanedbá-li se primárně tato činnost, dojde k silným flekčním kontrakturám v kyčelním kloubu, z čehož následně plyne nemožnost funkční aplikace protézy. Tím, že nemocného podkládáme v hýžděové krajině, využíváme přirozenou gravitační sílu, která nutí pahýl extendovat. Důležité je správně poučit a motivovat nemocného pro léčebnou tělesnou výchovu (LTV).

Také všechny polohovací pomůcky musí splňovat kritéria, která zamezují vzniku dekubitů. V praxi se osvědčilo užívání molitanu s otvorem v sakrální oblasti. Studenti se také učí sbírat kvalitní anamnestická data např. z důvodu použití izometrie při LTV. Mají znalosti o tom, že u nemocných se srdečním onemocněním jsou izometrické svalové stahy kontraindikovány. Též mají informace o tom, že u nemocných postižených hemiparézou platí zásady, které je nutné dodržovat: např. přístup z postižené strany nemocného a odtud také provádět nácvik jeho vertikalizace. Z pohledu polohování je nutné chovat se „jemněji“ k postižené straně (hlavně z důvodu propriocepce a prokrvení).

Velmi důležité je i pedagogické působení mediků v rámci možné aplikace aktivního cvičení, jako součásti instruktáže vedené fyzioterapeutem. Nemocný musí provádět jednotlivé cviky pomalu a plynule s využitím své zdravé končetiny. Cvičení se provádí pouze do únavy pacienta. Pak je potřebné zařadit přestávku. Obecně též platí, že nádech je aktivní a při výdechu dochází k uvolňování. Proto je nutné skloubit LTV s dýcháním.

Nemocný se dále učí fázím vertikalizace (posazování na lůžku, přesunu z lůžka na židli, stoj a nácvik chůze). Stále se dodržují hlavní zásady, aby terapeut stál na postižené straně, změnu polohy je nutné provádět přes jeho nemocný bok. Při vertikalizaci je nezbytné, aby měl pacient bandáže obou dolních končetin (prevence tromboembolických komplikací).

Základem plnohodnotného života člověka je samozřejmě i dosažení co nejvyšší nezávislosti na okolí v základních sebeobslužných činnostech. Vždy je potřeba myslet na to, že se člověk bude vracet do svého domova ke svým předchozím činnostem. Cílem snahy všech zainteresovaných zdravotníků je dosažení takové míry soběstačnosti, aby se nemocný vrátil ke svému předchozímu životnímu stylu. Je třeba věnovat nemocnému čas, trpělivost, zapojit jej a především přesvědčit o tom, že se sám dokáže o sebe dobře postarat. Nemocnému se musí dát najevo, že na problémy plynoucí z jeho onemocnění nebude sám. Pro eliminaci následků pohybového omezení je nutné co nejdříve zahájit nácvik sebeobsluhy. Základem je zvládnutí hygienické péče. Čistý, umytý člověk se cítí dobře nejen fyzicky, ale také

psychicky. K vykonávání této činnosti potřebuje nemocný pomoc, radu a dohled zdravotníků především v počátečních fázích nácviku. Dále je nutné, aby se dokázal pacient co nejdříve samostatně najíst, obléknout, obout. Pro snadnější zvládnutí těchto činností slouží mnoho kompenzačních pomůcek. Pomáhají jak v těchto základních činnostech, tak při činnostech vyplňujících volný čas. Z toho vyplývá i následná nutná bezbariérová úprava domácího prostředí v závislosti na jeho diagnóze a stavu. Koupelnu a toaletu je nutné opatřit madly, využít nástavce na toalety, sedačky do van aj. Nezbytností je plně bezbariérové bydlení pro ochrnuté pacienty. Nemá-li nemocný vlastní rodinu nebo o něj rodina nejeví zájem, jsou mu k dispozici nestátní organizace (občanská sdružení), které mu pomáhají se zpětným začleněním do aktivního života. V případě paraplegiků je to např. centrum Paraple.

V čem může být nápomocný medik? Medik při práci s nemocným využívá své teoretické znalosti, vede rozhovor, vypracovává ošetrovatelskou anamnézu, získává informace o pacientových aktivitách před onemocněním, uplatňuje asertivní chování, je pro nemocného přítelem, rádcem, pomáhá mu najít nové kvality života. Vše provádí s možností konzultace a pod vedením odborného personálu.

Literatura

1. KOLÁŘ, P. Systematizace svalových dysbalancí z pohledu vývojové kineziologie. *Rehabil. fyz. lék.* 2001; 4: s.152-164.

*Mgr. Jana Holubová
Univerzita Karlova v Praze
3. Lékařská fakulta
Ústav lékařské etiky
Ruská 87
100 00 Praha 10
Jana.Holubova@lf3.cuni.cz*

SESTRA A KOUŘENÍ

Radomila Drozdová

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky, Praha

Kouření tabáku je jedním z vážných problémů, který na světě různě zaměstnává a ovlivňuje hodně lidí. Uvedené téma je velmi široké a závažné, a pro samotné kuřáky často velmi nepopulární.

V zemích střední a východní Evropy prevalence kuřáctví stále stoupá, stoupají počty kouřících hlavně mezi mládeží a ženami. Ukazuje se jednoznačně důležitost každého kroku, jehož cílem je prevence a odvykání kouření (8).

Každý lékař a každá sestra by měli investovat m.j. svou energii do prevence, aby lidé nezačínali kouřit vůbec. Těm, kteří si již tuto závislost vytvořili, by měli umět pomoci pochopit nezbytnost přestat kouřit a pomáhat jim tento nelehký úkol prakticky zvládnout. Podle údajů citovaných Státním zdravotním ústavem v Praze (1,5) se pohybovala prevalence kuřáctví v ČR v roce 1993 u mužů na 39,7% a u žen na 23,1%.

Rozpory mezi teorií a praxí se objevují také mezi samotnými zdravotnickými pracovníky. Zvláště závažný problém existuje v rovině sestra a kouření. Uvedené dva pojmy ve vztahu „kouřící sestra“ k sobě nepatří.

Výsledky šetření I. Mádlové z roku 1999 (4) prokazují alarmující skutečnost, že z celkového počtu zkoumaného souboru 1127 českých sester kouří 41%. V mezinárodním srovnání jsou české sestry na jednom z nejpřednějších míst kuřáckého žebříčku, předstihují je pouze sestry španělské.

Další zajímavá zjištění, která stojí za zamyšlení jsou, že ve skupině kouřících sester

- 55% zastává funkční místo
- 39 % škodlivost kouření bagatelizuje
- 77,7 % kouří v přítomnosti nekuřáků
- 14,5% přiznalo kouření i v těhotenství.

V závěru I. Mádlová hodnotí jako neuspokojivé znalosti sester o škodlivosti kouření, hovoří o nedostacích v jejich profesionálně etické úrovni. Konstatuje, že většina českých sester podceňuje význam svého chování pro udržení své profesionální a společenské prestiže a podivuje se nad tím, že je pozitivně nemotivuje ani jejich odpovědnost ve vedoucích funkcích.

Vysoké procento kouřících sester potvrzuje také ve svém šetření E. Králíková (3). Zdůrazňuje, že procento kouřících sester (44%) je významně vyšší než je prevalence kouřících žen v běžné české populaci (24%).

Tato zjištění jsou varovná rovněž vzhledem k postavení zdravotníků jako neformálních vzorů pro chování a postoje nejen pacientů, ale i celé populace. Zpochybňuje se hodnota, kvalita i existence edukačního působení zdravotníků v primární, sekundární a terciální prevenci.

E. Králíková a J. Kozák přibližují míru rizika kouření tabáku na velmi srozumitelných příkladech (2):

- V důsledku nemocí způsobených kouřením zemře polovina kuřáků. Individuální citlivost na látky obsažené v tabákovém kouři je různá.
- Celkově kuřák ztrácí 8 let života z očekávané délky života nekuřáka.
- V celosvětovém měřítku zemřou v důsledku kouření ročně 3 mil. osob, t.j. každých 10 vteřin zanikne jeden lidský život. Při dnešním stoupajícím trendu kuřáctví to bude za 20-30 let už 10 mil. mrtvých ročně, tedy 1 mrtvý každé 3 vteřiny.
- Cigarety jsou jediným spotřebním zbožím, které, používáno účelu, ke kterému bylo vyrobeno tj. ke kouření, způsobuje smrt. Navíc ¾ kuřáků by si přály přestat kouřit – tzn. cigarety jsou spotřební zboží, které si ¾ jeho konzumentů kupuje proti své vůli.
- V České republice umírá nyní na nemoci způsobené kouřením kolem 22 000 osob ročně tj. 60 úmrtí denně. Šedesát osob se vejde do plného autobusu. Každý týden je to jako by se zřítil jeden velký Boeing 747 plný Čechů, přitom 2/3 z nich jsou mladší 65 let.
- Podle zpráv WHO a výboru Světové lékařské asociace je varující nárůst kuřáků zejména v rozvojových, ale také postkomunistických zemích. Upozorňují na nebezpečný vliv a důsledek propagace kouření zejména na vnímavou adolescentní populaci. Podle zprávy WHO je při současném stavu kouření v postkomunistických zemích riziko, že ze 14% mortality v důsledku kouření v roce 1990 se tento poměr zvýší až na 22% v r. 2020. Odhaduje se, že nepřijmou-li se energicky účinná opatření, způsobí kouření předčasnou smrt 250 mil. osob, které jsou dnes v dětském či adolescentním věku. (6,8)

V šetření (7) R. Štěpánková-Drozdová zkoumala ekologickou gramotnost, povědomí a postoje souboru 476 středních zdravotnických pracovníků k vlastnímu životnímu stylu, k životnímu prostředí ve vztahu k výkonu vlastní zdravotnické profese. Vycházela ze skutečnosti, že zdravotničtí pracovníci jsou specifická skupina lidské populace, která je odborně vzdělána, a tedy dostatečně informována o škodlivosti různých nesprávných návyků a určitých rizikových modelů chování a jejich důsledcích na zdraví. Hypotéza, že se jejich odbornost projeví v jejich vlastním chování a správných postojích ke svému zdraví se nepotvrdila. Dospěla k závěru, že zdravotníci se ve vztahu k ochraně vlastního zdraví chovají naprosto stejně jako běžná, nepoučená populace.

Zdraví všichni považují za samozřejmost. Většina lidí si ho začne vážit teprve v okamžiku až je samotné, nebo jejich blízké, postihne nemoc.

Závislost na tabáku je klasifikována jako nemoc a jako každá nemoc potřebuje léčit. Ne každé kouření je však závislostí. Řada kuřáků kouří i z jiných příčin např. na principu sociálního učení nebo na základě naučené kompenzace (stres, vazba na určité sociálně psychologicky determinované situace). Kouření ve smyslu závislosti má samostatné označení v Mezinárodní

klasifikaci nemocí WHO i v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV) z roku 1995.

Pokud by všechny sestry kouřily na základě závislosti na nikotinu jako droze, bylo by mezi sestrami 41% nemocných sester.

Otázky zní:

- Proč právě tito poučení jedinci, specifická skupina populace, nezmění své chování, zvláště když má spoustu autentických, konkrétních příkladů a zkušeností z výkonu svého vlastního povolání?
- Kde je motivace k aktivnímu postoji k posílení vlastního zdraví?
- Kde je odpovědnost za zdraví své a svých bližních?
- Jaká je kvalita edukačního programu zdravotníka kuřáka ve vztahu ke klientům?
- Proč je problém kouření tak významný právě u českých sester?
- Co mohou zdravotníci udělat, když vědí, že mají velkou část svých kolegyně nemocných?

To jsou otázky, kterými se začínáme zabývat v naší další výzkumné činnosti týkající se kouření zdravotnických pracovníků. Výsledky výzkumné studie budou příspěvkem ke zjištění příčin tohoto alarmujícího stavu.

“Zdraví není vším, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.” (Mahler)

Literatura

1. Holub, J. a kol. Zdravotní stav obyvatelstva České republiky. ÚZIS ČR, Praha 1999. ISBN 80-86 100-75-8
2. Králíková, E., Kozák, J.T.: Odvykání kouření v denní praxi. Maxdorf s.r.o. Jessenius, Praha 1997. ISBN 80-5800 98-5
3. Králíková, E.: Kouření zdravotníků. KU, 2. lékařská fakulta v Praze, osobní sdělení IVVM, 2001
4. Mádlová, I.: Sestry a kouření v číslech. Sestra 4/2000, s.31
5. Provazník, K.: Manuál prevence v lékařské praxi I.-VII. SZÚ Praha 1999. IBSN 80-7071- 135-5
6. Raw, M.: First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, Evidence base core recommendations for health care systems in Europe, World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, June 2001
7. Štěpánková, R.: Příspěvek k problematice ekologické výchovy v dalším vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Závěrečná práce postgraduálního studia ekologie. Vysoká škola zemědělská. Praha 1991.
8. World Health Organization Europe. Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Copenhagen, World Health Organization, 2000.

*PhDr. Radomila Drozdová
Univerzita Karlova v Praze
4. Lékařská fakulta
Ústav lékařské etiky
Ruská 87
100 00 Praha 10
Radomila.Drozdova@post.lf3.cuni.cz*

NĚKOLIK POZNÁMEK K HISTORII BOLESTI

Bohdana Dušová, Darja Jarošová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví, Ostrava

Bolest se těšila velkému zájmu lidstva již od počátku jeho bytí a vždy byla předmětem neustálých pokusů poznat ji a ovládnout. Prosby a zaklínání, které měly ovlivnit bolest, byly nalezeny na babylonských hlíněných tabulkách, na egyptských papyrech, na perských dokumentech psaných na kůži, na záznamech z Mykén, na pergamenových svitcích z Tróje. Takové záznamy se nám dochovaly téměř ze všech civilizací a kultur.

Primitivní lidé zřejmě dobře chápali úrazové příčiny bolesti, ale byli zmateni bolestí vyvolanou vnitřním onemocněním nebo otrávenými šípy a oštěpy. Příčiny bolestivých onemocnění nebo bolesti vzniklé působením cizích objektů byly spojovány s vnikáním magických látek, zlých duchů či démonů bolesti do těla. Léčení sestávalo z vyjmutí vniklého předmětu nebo z odhánění démonů bolesti pomocí talismanů, amuletů a podobných kouzel.

Podobně i u jiných společenstev vysávali šamani duchy přímo z rány do sebe a svoji magickou silou je neutralizovali. Tato terapie přežívá dodnes u některých primitivních společností. Do těchto dob se datuje také experimentování s rostlinami. Při požívání bylin byla u některých z nich objevena schopnost utlumovat bolest.

Nejdůležitější a nejvěrohodnější prameny z nejstarších dob, které nám poskytují informace o povaze, příčinách a četnosti výskytu některých onemocnění spolu s výskytem bolesti, jsou kosterní nálezy. Nejstarší z nich se dochovaly z období 30 až 40 tisíc let před Kristem. Nacházíme na nich mimo jiné i trepanace lebky sloužící ke zmírnění bolesti způsobené záněty nebo zvýšeným nitrolebním tlakem a pravděpodobně i nádory. Kolem roku 6 000 před Kristem již zásahy do dutiny lebeční nebyly žádnou zvláštností (in Vrba, 1998).

Ve 13. století před Kristem se objevují první doklady o účinné léčbě bolesti výtažkem z makovic – opiem. Z opia byla připravována celá řada léčiv proti bolesti. Nejznámějším opiovým přípravkem se stalo tzv. thébské opium, které bylo vyváženo do celého Středomoří z horního Egypta (in Vrba, 1998).

Také čínská medicína prodělala podobný magický vývoj, i zde nejdříve zasahovali šamani a kouzelníci. Ve druhém a třetím tisíciletí př. n. l. používali čínští léčitelé nejen byliny, ale také zasahovali ostrými kameny či kostěnými hroty určitá místa na těle nemocného. Pravděpodobně již tehdy existovaly základy akupunktury. Akupunktura, která vznikla a rozvíjela se v Číně, pak pomáhala a pomáhá lidem zvládat mnohé nemoci a také i

doprovázející bolest. Příčiny analgetického působení akupunktury byly odhaleny teprve před několika lety, a to především díky objevu vrátkové teorie a opiátových receptorů. V řeckých tragédiích je viditelný úzký vztah mezi tělesnou a psychickou stránkou bolesti. Zde se také poprvé setkáváme s chronickou bolestí.

Prvním lékařem, který medicínsky popsal bolest ve svém díle „Corpus Hippocraticum“, byl Hippokrates. Problém bolesti prostupuje celou jeho práci s důrazem na význam popisu bolesti u nemocného. Hippokrates uvádí také různé indikace terapie bolesti (Rey, 1993). Velmi zajímavou a nadčasovou byla jeho myšlenka léčby stejného stejným např. „bolest tiší bolest“ .

Největším lékařem navazujícím na myšlenky egyptských a řeckých lékařů, byl Galénos z Pergamentu (129 - 199 n.l.). Galénovo kolosální dílo, které zahrnuje přes 500 publikovaných titulů má speciální místo ve starověké lékařské historii. Bolest analyzoval komplexně, nikoliv jen jako symptom doprovázející chorobný stav. Prováděl rozsáhlá studia senzorní fyziologie a znovu potvrdil důležitost periferního a centrálního nervového systému. Zavedl přehlednou anatomii kraniálního a spinálního nervstva a sympatických svazků (in Vrba, 1999). Galénos analyzoval diagnostickou hodnotu bolesti, klasifikoval různé druhy a kvality bolesti, které jsou používány i v dnešní době. Jeho učení spolu s dalšími poznatky starověkých lékařů ovlivňovalo systém lékařství po mnoho století.

V antice se setkáváme s bohatou farmakoterapií podporující vývoj nových substancí vhodných k léčbě bolesti. Zajímavá z této doby je zmínka o elektroléčbě formou šoku. Zdrojem elektrických výbojů byly tehdy elektrické ryby, zvláště rejnoci žijící v Nilu. Elektrické výboje byly používány při léčbě neuralgií, bolestí hlavy i jiných bolestivých onemocnění.

Další vývoj léčby bolesti byl ovlivněn zejména křesťanským učením, zvláště v západní Evropě. Péče o nemocné byla založena spíše na myšlence služby Bohu než na lékařsky odůvodněné pomoci. Medicína a náboženství se tak dostávaly někdy do protichůdných postojů, což vedlo v některých případech nesnesitelné bolesti až k sebevražedným jednáním. Tento vliv přetrvával až do 16. století.

V 17. a 18. století byla medicína ovlivněna revolučními objevy a změnami zejména ve fyzice a astronomii. Mechanistické pojetí přírody se stalo triumfem přírodních věd a sama medicína vysvětlovala lidské tělo jako stroj, který je tvořen z komplexů provazů, pák a kladek. Tyto nové tendence, označované za „první biologickou revoluci“, měly nepřímý ale velmi důležitý vliv na zobrazování cest vnímání a tím i poznávání bolesti.

Novým poznatkem bylo objevení reflexní dráhy R. Descartem, vycházející z učení Galénovy fyziologie, považoval mozek za místo vnímání pocitů. Stěžejní v té době bylo dílo anglického lékaře a astronoma T. Willise o anatomii mozku (Schott, 1994). Proti bolesti se tehdy už používaly různé metody. Význam bolesti pro člověka však zůstával stejný.

Z historického hlediska se radikálně změnilo pojetí bolesti a vztah k ní objevením a využíváním anestézie při operacích a ve stomatologii v první polovině 19. století. Před jejím objevením byla bolest jednou z mnohých forem lidského utrpení, kterými byly velký zármutek, neštěstí, vina, hřích, strach, hlad, poranění, nepohodlí. Také kultura výrazně ovlivňuje prožívání bolesti, ovlivňuje utváření postojů a chování. (in Nemčková, Žiaková, 1997).

Snahy o koncepční řešení terapie chronické bolesti se tak datují až od druhé poloviny 20. století. V padesátých letech nastal posun v problematice bolesti zejména díky iniciativě J. J. Bonicy, který roku 1961 založil první „pain clinic“ v Tacomě (stát Washington, USA). Dalším mezníkem bylo založení Mezinárodní organizace pro studium bolesti (IASP) v roce 1973 v USA, jež vyčlenila pracovní skupinu pro tvorbu organizačních standardů a navrhla strukturu sítě pracovišť zabývajících se především chronickou bolestí a její léčbou.

V roce 1979 byla Mezinárodní společností pro výzkum bolesti (IASP) přijata obecná definice bolesti: „Bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození.“ (in Křivohlavý, 1992)

V České republice byla založena v roce 1990 Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB), která se stala jednou ze sekcí IASP a pod jejím vlivem postupně vznikaly další pracoviště pro léčbu chronické bolesti (Kozák, 2000). Tím se naplnila dlouholetá snaha českých lékařů o pozvednutí léčby na současnou mezinárodní úroveň.

Velkým přínosem pro studium léčby bolesti je vrátková teorie bolesti od autorů R. Melzacka a P.D. Walla, kteří se pokoušejí o souhrnný výklad bolesti. Poskytuje koncepční rámec pro včlenění smyslových, emocionálních a behaviorálních rozměrů bolesti (Melzack, 1978).

Zájem odborníků o bolest se rozšiřuje ze záležitosti neurofyzikální na dimenze psychologické a emocionální. V současné době je bolest chápána jako záležitost komplexní a multidisciplinární vyžadující spolupráci a dobrou komunikaci.

Literatura

1. BONICA J. *The management of pain*. Philadelphia, London 1990
2. KOZÁK J. Historie a současnost léčby bolesti. *Medica revue* 2000;1: s.4-7.
3. KŘIVOHLAVÝ J. *Bolest, její diagnostika a psychoterapie*. Brno: IDV PZ, 1992. 66s.
4. MELZACK R. *Záhada bolesti*. Praha: Avicenum, 1978. 192s.
5. NEMČEKOVÁ M, ŽIAKOVÁ K. *Kvalita života lidí trpících bolestí*. Martin: JLF UK, 1997. 70s.
6. REY R. *History of pain*. Paris, 1993.
7. SCHOTT H. *Kronika medicíny*. Praha 1994.
8. VRBA I. Historie bolesti. *Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti* 1998; 2: s.48.
9. VRBA I. Historie bolesti. *Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti* 1998; 3: s.77.
10. VRBA I. Historie bolesti. *Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti* 1999; 1: s.29.
11. VRBA I. Historie bolesti. *Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti* 1999; 2: s.98.

PhDr. Bohdana Dušová, PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
Bohdana.Dusova@osu.cz
Darja.Jarosova@osu.cz

Název: **TRENDY V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Vydal: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta

Autor: Darja Jarošová a kol.

Vytiskl: Ostravská univerzita

Náklad: 100 ks

Počet stran: 69

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

ISBN: 80-7042-335-8