

Ostravská univerzita Ostrava

Zdravotně sociální fakulta

**TRENDY
V
OŠETŘOVATELSTVÍ II.**

Darja Jarošová a kol.

OSTRAVA 2003

Obor: Ošetrovatelství

Klíčová slova: pacient – nemoc - sestra - porodní asistentka – ošetrovatelství – zdravotnictví - řízení - kvalita - standardy - audit - multikulturní – etika - vzdělávání - výzkum

Anotace: Monografie se zabývá problematikou řízení a sledování kvality ošetrovatelské péče. Předkládá nejnovější trendy a změny ve vzdělávání sester a porodních asistentek, ke kterým dochází především v posledních letech. Prezentuje výsledky dílčích výzkumů v ošetrovatelské a zdravotní péči. Nastiňuje problematiku multikulturního přístupu k pacientům v období blížící se integrace do evropského společenství.

Editor: PhDr. Darja Jarošová, PhD.

Recenze: PhDr. Renáta Halmo
Mgr. Ludmila Reslerová
Mgr. Lenka Špirudová
Mgr. Věra Vránová

© Darja Jarošová a kol. 2003

ISBN 80-7042-341-2

OBSAH

Úvod.....	5
<i>Hana Anastasiadou</i> Ošetrovateľská anamnéza a její teoretické základy v transkultúrálním kontextu.....	7
<i>Alexandra Archalousová</i> Řízení kvality a hodnocení vzdělávání.....	15
<i>Radomila Drozdová</i> Některá úskalí syndromu pomáhajících profesí.....	17
<i>Bohdana Dušová</i> Psychoprophylaktická příprava těhotné ženy a jejího partnera k porodu – úloha porodní asistentky.....	20
<i>Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Marta Jakubíková</i> Rooming-in na gynekologicko pôrodnickom oddelení	25
<i>Karolína Friedlová</i> Mýty a rituály v ošetrovateľské péči, současné pojetí ošetrovatelství.....	29
<i>Pavla Holešinská, Lenka Špirudová, Rudolf Kudla</i> Kombinované studium formou E-learningu ve studijním programu ošetrovatelství.....	35
<i>Jana Holubová, Jiří Šimek</i> Problematika propouštění pacientů vyššího věku z nemocnic do domácího ošetření.....	41
<i>Kateřina Ivanová</i> Výuka ošetrovateľské etiky na vysoké škole	44
<i>Kateřina Ivanová, Darja Jarošová</i> Může zdravotní sestra ovlivnit dostupnost zdravotní péče?	49
<i>Darja Jarošová</i> Zdravotně sociální péče o seniory v Nizozemsku.....	55
<i>Darja Jarošová</i> K problematice chronické bolesti u seniorů	58
<i>Martina Kandráčová, Ľubica Derňárová</i> Systematické monitorovanie spokojnosti pacientov v nemocničnom prostredí (v ambulantnej a lôžkovej zložke)	60
<i>Jana Košková</i> Poznatky z výučby predmetov v ošetrovatel'stve v Hanzehogeschool, Gamma Faculty, Groningen	63

<i>Jana Kutnohorská</i> Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti	66
<i>Silvia Kyčínová</i> Ošetrovateľská diagnóza versus spoločný problém.....	72
<i>Václav Lednický</i> Některá specifika řízení ve zdravotnictví.....	79
<i>Kateřina Macháčková</i> Význam polohování u pacientů po cévních mozkových příhodách a jeho zařazení do systému rehabilitačního ošetrovateľství.....	83
<i>Jana Marečková</i> Systém tvorby národních standardů v ošetrovateľství.....	85
<i>Dagmar Mastiliaková</i> Co by měly sestry a porodní asistentky v ČR vědět o evropském systému převodu kreditů (ECTS) v souvislosti s akreditací předchozího vzdělání pro další akademické studium...	89
<i>Karel Pustelník</i> DRG – problém nebo naděje do budoucna?	93
<i>Hana Sochorová, Hana Materová</i> Zkušenosti s výukou informačních technologií ve studijním programu ošetrovateľství....	95
<i>Martina Tomagová, Igor Ondrejka</i> Vplyv depresívnej poruchy na subjektívne prežívanie rodiny.....	99
<i>Valérie Tóthová, Adéla Mojžíšová</i> Sestry a jejich cesta k profesionalitě.....	103
<i>Marie Trešlová</i> Kritické myšlení ve výuce ošetrovateľství.....	107
<i>Yveta Vrublová</i> Z historie sexuální výchovy.....	110
<i>Renáta Zeleníková</i> Skúsenosti z intenzívneho vzdelávacieho programu „Medzinárodného porovnávacieho modulu v ošetrovateľstve“ v Hanzehogeschool van Groningen v Nizozemsku.....	113
<i>Marie Zvoníčková, Hana Svobodová</i> I vzdělávání učitelů ošetrovateľství potřebuje změnu.....	118
<i>Silvia Žultáková, Ľubica Derňarová</i> Ošetrovateľský proces v pôrodnej asistencii.....	121

ÚVOD

Ošetřování nemocných a pomoc trpícím má hluboké kořeny v historii lidstva. Základy profesionálního rozvoje ošetřovatelství byly položeny až ve druhé polovině 19. století světově známou Florence Nightingalovou. Ošetřovatelství se tak jejím prostřednictvím stalo uznávanou disciplínou a začalo si vytvářet základy vlastní teorie a vědního pojetí, jejichž rozvoj se výrazně urychlil v padesátých letech minulého století, a to především ve Spojených státech amerických.

Jen málokterý obor v České republice prožívá v posledních letech tak dramatický rozvoj jako právě ošetřovatelství. Nové odborné publikace a časopisy, zahraniční studijní pobyty, zavádění ošetřovatelského procesu, semináře a konference, nové studijní obory a přirozená touha sester po vzdělání pomáhají českému ošetřovatelství dohnat to, co bylo u nás zameškáno v předchozích desetiletích. Postupně dochází k zásadní změně image sester - především v jejich postavení a kompetencích. Do ošetřovatelství je integrována holistická koncepce celostního pohledu na člověka s jeho tělesnými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami. Aplikace nových myšlenek a technik do ošetřovatelské praxe vede k rozvoji oboru a k lepšímu pochopení jedince a jeho potřeb vztahujících se ke zdraví.

Změny v organizaci zdravotnických služeb, v rolích a odpovědnostech různých poskytovatelů zdravotní péče, změny v očekávání veřejnosti, které probíhají také u nás, musí být spojeny s inovací sesterského vzdělání, se zlepšováním řízení, plánování a provádění ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelství je integrovanou disciplínou opírající se o mnohé vědní oblasti, které svým vědeckým potenciálem napomáhají jeho rozvoji. Záměrem této monografie sestavené z vybraných příspěvků 3. ostravského sympózia ošetřovatelství je obohatit čtenáře o poznatky ošetřovatelské teorie a praxe, ekonomiky, pedagogiky, psychologie a jiných humanitních věd, které by měly být syntetizovány do podpory předmětu ošetřovatelství.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A JEJÍ TEORETICKÉ ZÁKLADY V TRANSKULTURÁLNÍM KONTEXTU

Hana Anastassiadou

Klinikum der LMU München, Standort Innenstadt, Chirurgická klinika, úsek privátní ošetrovatelské péče, Mnichov

Na pozadí globalizace proudí do stále více států velký počet lidí nejen hovořící jiným jazykem, ale přinášející i jiné zvyky, názory, přesvědčení, než je v daných podmínkách obvyklé. **Ošetrovatelské teorie**, jejich podstata a obsah v souhře s kritickým pohledem současnosti tvoří základní pilíře ošetrovatelské péče **v transkulturálním kontextu**. (9)

V různých zemích se zabydlela řada terminologických odlišností. Klient, příslušník jiné kultury je označován jako migrant, zástupce etnické menšiny, cizinec; péče o něho pak jako multikulturální, transkulturální, či interkulturální. Lze nalézt pozitivní argumenty pro každý z uvedených pojmů, často se však používají volně, téměř jako synonyma. (Van der Werft 1994, de Jong 1996)

Klíčovou skutečností je vzájemnost obou zúčastněných, nutnost vzájemného poznání, seznámení se. Jako cizí označujeme vše, co nepochází z nám známého světa, z jiného prostředí; jinými slovy, mi sami označujeme někoho jiného jako cizího. (Zielke-Nadkarni 2002, Schnepf 1997, 2) Z širšího pohledu je ovšem každý klient, ať už pochází odkudkoliv, pro ošetřující tým „cizincem“, jehož je nutné poznat, vytvořit k němu vztah umožňující vzájemné soužití.

Péče o klienta z jiných kultur se systematicky zkoumá a popisuje od 60. let 20. století. (8, 14, 15) Teorie je komplexně formulovaná síť vzájemně spjatých tvrzení, koncept pak jejím stavebním kamenem (Hardy 1974), jehož význam determinuje použitý kontext. Stavbu teorie ovlivňuje subjektivita autora.

Nejnámější teoretičkou v oblasti transkulturální péče je **Madeleine Leiningerová**, která v 50. letech pracovala na psychiatrii s dětmi odlišných kultur a byla zděšena, že vzhledem k rozmanitosti jejich přání a očekávání jim téměř nedovede adekvátně pomoci. Začala tedy studovat antropologii, což ji utvrdilo v přesvědčení o spojitosti s ošetrovatelskou péčí. Své myšlenky shrnula v mnoha publikacích, zasloužila se o zařazení studia Transkulturální péče do univerzitního programu v USA a založení společnosti Transcultural Nursing Society (1974), která vydává vlastní časopis a má svou homepage www.tcns.org.

Leiningerová, vycházejí z naturalistické perspektivy, chápe svou teorii jako výsledek samostatného, kreativního myšlenkového procesu. (1991) Péče (Care) v sobě integruje humanistický i vědecký aspekt. Autorka definuje teorii z vědeckého hlediska poněkud neobvykle, nehovoří o definicích, vysvětlujících daný fenomén, nýbrž o tvrzeních, významech, zkušenostech. Profesionální transkulturální péči chápe jako nový ošetrovatelský obor.

Hlavní důraz klade na kulturu, faktory určující způsob, jak klienti péči chápou, co od ní očekávají. Jde tedy o vliv kultury na péči a na její prožívání klientem. Kultura je chápána jako určitý model předpokládající určité lidské jednání a s tím související odpovídající ošetrovatelské intervence. (13, 17) Autorka se snaží vysvětlit a předpovědět, jaké faktory v rámci dané kultury, ovlivňují poskytnutí adekvátní péče. Myšlenky názorně shrnuje ve svém modelu „vycházejícího slunce“ - „Sunrice-model“ (2, 3), kognitivní mapě (1991), orientační pomůckou pro každého, kdo se chce teorií transkulturální péče zabývat.

Profesionální kulturně kongruentní ošetrovatelská péče vychází ze znalostí o chápání zdraví a péče stran klienta (emic), kdy ošetřující musí přizpůsobit své vnější chápání (etic) chápání klienta, aby odhalil možné shody a rozdíly a tím i příčiny potencionálních konfliktů.

Leiningerová rozlišuje tři **strategie ošetrovatelské péče**: kulturní zachování péče, kulturní přizpůsobení péče a kulturní rekonstrukce péče. Vyjdeme-li však přísně z teorie, pak hlavní důraz spadá na nutnost respektování přání a zvyklostí klienta.

Méně známá teoretička **Modesta Soberane Orque** vytvořila model transkulturní péče v roce 1983. Zaměřuje se na péči o klienty z nedominantní skupiny obyvatelstva, často pocházející z nižších společenských vrstev s nižšími příjmy a vzděláním. (USA) Chce podat pomůcku umožňující adekvátní analýzu, filtraci toho, co je pro ošetrovatelskou péči dané menšiny nejdůležitější. V textu teorie nenajdeme pojem výzkum, Orque ji ani, na rozdíl od Leiningerové, nevidí z vědecké perspektivy; ale v některých základních výrocích jsou patrné aspekty politické. (14, 17)

Do centra své teorie staví fundamentální lidské potřeby, odvolává se na Maslovovu pyramidu potřeb. Potřeby zde platí pro každého jedince, bez ohledu na statut, původ či kulturu a podléhají vzájemnému vlivu etnicko-kulturního systému. Autorka rovněž vypracovala tabulku, v níž různé komponenty shrnuje, doplňuje je otázkami, usnadňujícími shromažďování dat a tvorbu generického profilu etnické skupiny, který se v ošetrovatelské praxi často jeví jako nedostačující. Změny v systému vedou ke změnám v komponentech a naopak. Nezbytnější je vytvoření specifického kulturního profilu, umožňujícího nabídnout adekvátní ošetrovatelskou péči. Dochází k umocnění významu komunikace a chápání role biologického, psychologického a sociálního faktoru. Komunikace mezi klientem a ošetřujícím je jedinou cestou eficientního sběru informací. To dokazuje i Orque, která tomuto aspektu věnuje téměř polovinu psané formy své teorie.

Andrews a Boyle na rozdíl od teorie Leiningerové ve svém konceptu transkulturní ošetrovatelské péče posunuli do středu zájmu nikoli kulturu, nýbrž interakci. Rovněž nechtěli vytvořit „kulturní receptář“, nýbrž zohlednit transkulturní variace a individualitu výroků. V centru leží sociokulturní hodnoty, zvědomění vlastní subjektivity ovlivňující transkulturní setkání. Vycházejí z názoru, že stupeň shody socio-kulturních symbolů ohledně zdraví, nemoci a ošetrovatelské péče ovlivňuje interakci mezi ošetřujícím a klientem; integrují do péče i faktory socio-kulturní, migračně specifické a medicínsko-etnologické. Svě dílo nedělí dle kultur, ale životních fází člověka. Tento koncept cele odpovídá potřebám USA a proto je v našich zeměpisných šířkách použitelný pouze z části. (2)

I mnozí **další vědci** se zabývají transkulturní péčí, hledají modely objasňující výsledky jejich šetření. Jde o teorie omezeného rozsahu, modely umožňující lepší orientaci v každodenní praxi. (2, 17) Některé uvádí Expert Panel on Culturally Competent Nursing Care 1992, např. model tzv. kulturního zprostředkovatele, model programu prevence a osvěty atd. Ať již v USA, Německu, Holandsku nebo jinde se však poznatky transkulturní péče dostávají do praxe velmi obtížně.

Kritici (Bruni 1988, Culley 1996) teoretických pilířů poukazují na omezení významu některých faktorů, což ovšem často souvisí s otázkou výkladu a chápání užitých pojmů. Přísně vzato, obě výše uvedené teoretičky, vyjdeme-li z jejich základních výroků, dosáhly ve výsledku opaku proklamované adekvátní péče o individuálního jedince. Hledáním aspektů, jimiž se určitá skupina lidí vyznačuje (tzv. „kulturních receptářů“) stojí proti výroku kritiků, že je nemožné, aby se všichni příslušníci dané skupiny držely určitého vzoru jednání. Dochází ke **stereotypizaci skupiny**. Další nevýhodou je, opět vycházejí přísně z teoretického základu, že lze sledovat dění pouze uvnitř etnické skupiny, pohled celospolečenský je zkršlován.

Z **generalizace vědění** vychází chybná premisa, z níž by ošetřující měli teoreticky vycházet, že známé znaky dané kultury lze nalézt beze zbytku u každého jejího příslušníka. Přitom nelze na tomto místě opomenout, že Orque klade ve srovnání s Leiningerovou větší důraz na individuální znaky, v celkové prezentaci teorie však převládá důraz na skupinu. Dále pensum znalostí o dané kultuře, zároveň neznamená, že člen jiné kultury vše chápe, rozpoznává a akceptuje, což se týká jak klienta, tak i ošetřujícího, navíc lidé, jež jsou denně

konfrontování se světem jiných norem a hodnot podléhá změnám v důsledku adaptačního procesu, uprostřed něhož se nacházejí. (Hofstede 1995) Připomeňme si obrovské množství nedorozumění vzniklých z maličkostí. Pro ošetřující, pracující často s příslušníky jedné kultury, je jistě smysluplné poznatky sbírat. Na ošetřovací jednotce, kde se ovšem střídá několik kultur, je velmi obtížné žádaného niveau znalostí dosáhnout. V této souvislosti je kritizována sensibilizace ošetřujícího nikoli vůči nemocnému jedinci, nýbrž vůči kultuře.

Leiningerová klade důraz na nutnost nabízet stále kulturně kongruentní péči respektující **kulturní práva klienta**. Praxe však ukazuje nebetyčný rozdíl mezi prací ošetřovatele v zemi třetího světa anebo v průměrném evropském velkoměstě. (12, 19) Kulturní práva tedy stojí v jakémsi napjatém vztahu s aspektem kulturního přizpůsobení péče.

Dalším předmětem kritiky jsou **potřeby** jako střed teorie Orque, přičemž Leiningerovou zajímají spíše ty potřeby, které vycházejí z kulturní determinovaného, ošetřovatelského chování klienta. (4, 6) Holmes a Warelow (1997) na základě studia zahraniční literatury poukazují na nedostačující popis potřeb z hlediska péče, tvrdí, že potřeby jsou ve stálém dialogu se světem a určovány sociálními praktikami, kde se blíží názoru Leiningerové.

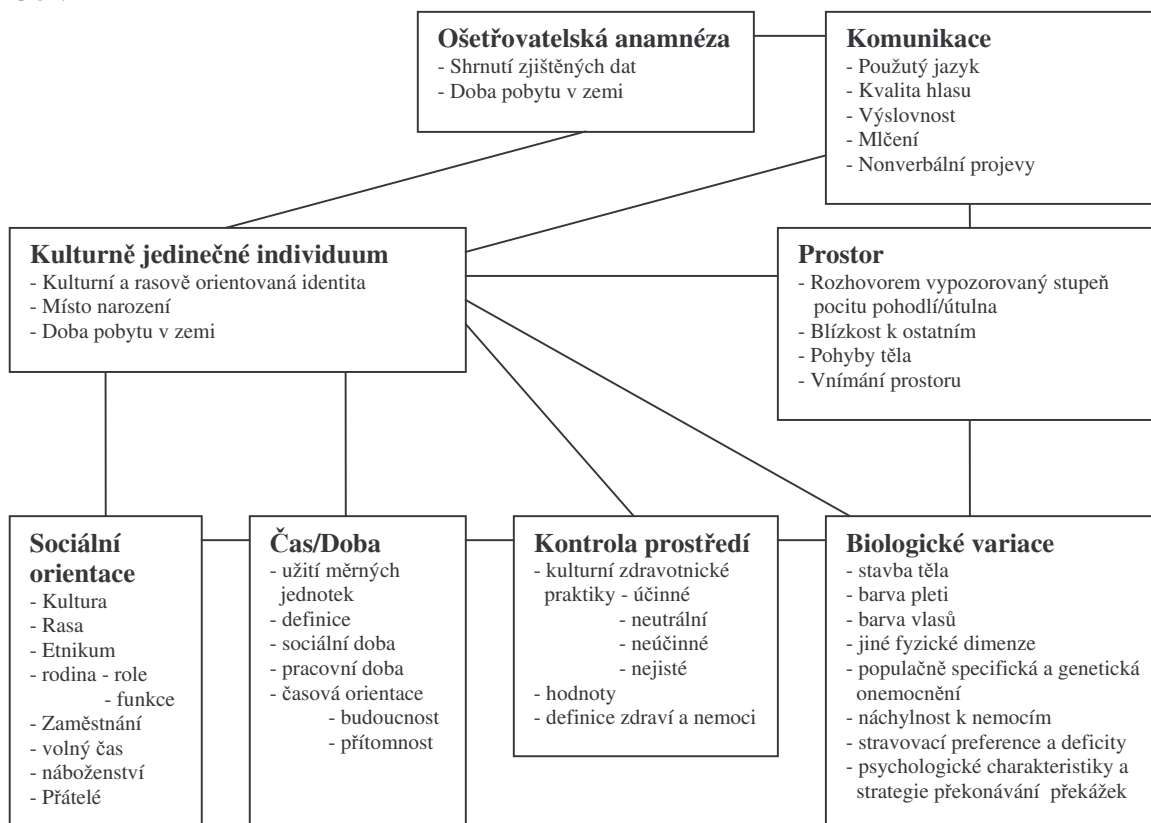
Kritice podléhá i **postavení ošetřujícího jako osobnosti**. Leiningerová vyžaduje, aby dovedl nahlížet na věc i z jiné, než své vlastní perspektivy, Dle Schneppe (1997) a Zielke-Nadkarni (2002) může ošetřující až poté příkladně pečovat o klienta, objeví-li, co ze svého ošetřovatelského jednání vůči kulturně odlišným klientům je zdrojem konfrontace, a proč ji jako takovou vnímá. Neboť konfrontace přirozeně pramení z protichůdných představ, názorů, očekávání.

Mnohé žhavé diskuse, ať už v době minulé nebo budoucí, přinášejí nové náhledy na věc a nesnižují ani v nejmenším hodnotu práce zmíněných teoretiků, neboť bez jejich přispění by se problematika transkulturní péče nestala jedním z témat plnicím programy odborných setkání na mezinárodním poli. Poslední léta se stala svědky mnoha **vědeckých výzkumů s transkulturní tematikou**, ať už v oblasti teorie, praxe, metodologie, či vzdělávání. Výzkumy v mnoha státech na pozadí celosvětového vývoje plynou z potřeby adekvátního vypořádání se s těmi kulturními skupinami, jež jsou v dané zemi nejvíce zastoupeny. Mnohé studie dokazují svou praktickou orientovanost tím, že se nezabývají jen kulturou jako takovou, ale frakcionovaně i fenomény, vnímanými určitou kulturní skupinou jako faktor ovlivňující ošetřovatelskou péči. (7, 8, 10)

Jak bylo již předem nastíněno, penzum vědění a poznatků o určité kultuře se v praxi často jeví jako nedostačující. Proto se v poslední době v odborné literatuře (1, 5, 17) stále častěji objevuje pojem **senzitivní ošetřovatelské péče** jako báze péče o kulturně odlišné klienty. Do popředí se dostává jedinečnost každého individua, jako výsledku vlastního individuálního vývoje bez ohledu na kulturní původ. Generické vědění o kultuře nestačí ke zjištění potřeb klienta, úkolem ošetřujícího je zjistit, jak a kde se daný jedinec od standardního vzoru odlišuje. Meleis (1992) definuje senzitivitu kulturní, jež se opět týká skupiny lidí a podtrhuje charakteristiku kultury, přičemž existují i jiná kritéria. Proto Visser, de Jong (2002) pracují pouze s pojmem senzitivity, vycházejí z předpokladu, že ošetřující zná možné faktory determinující individualitu člověka a zohlední je v rámci seznámení se s klientem a jeho prostředím na cestě hledání pro něho a jeho ošetřovatelskou péči významných priorit.

Na základě teorií byla vytvořena řada modelů, jež lze použít jako nástroje ke zmapování pozadí klienta v relaci k jeho potřebám. Giger a Davidhizar (1995, viz obr.1) tvrdí, že kulturní rozdíly ovlivňující ošetřovatelskou situaci lze nalézt v šesti základních oblastech každodenního života. Vytvořili dotazník sloužící jako podklad anamnestického rozhovoru, předpokládali ovšem rovněž, že ošetřující se přizpůsobí prosbám a zvykům klienta.

Obr. 1



Nelze zapomenout, že transkulturní péči neposkytuje ošetřující sám, nýbrž důležitou roli zde hrají i **standardy**, závazné výsledky jednání na úrovni celé instituce nebo ošetrovateľské jednotky. Pozor však na nebezpečí vzniku institucionálního rasismu, čímž rozumíme taková opatření, jež ve svém důsledku vedou k izolaci příslušníků určité kultury. Významnou roli zde hraje i nutnost pravidelné reflexe způsobu poskytované ošetrovateľské péče, aby se zabránilo, zpočátku nepozorovaně, plíživě vzniklým zvykům, vedoucím k infantilizaci, diskriminaci nebo generalizaci klientů.

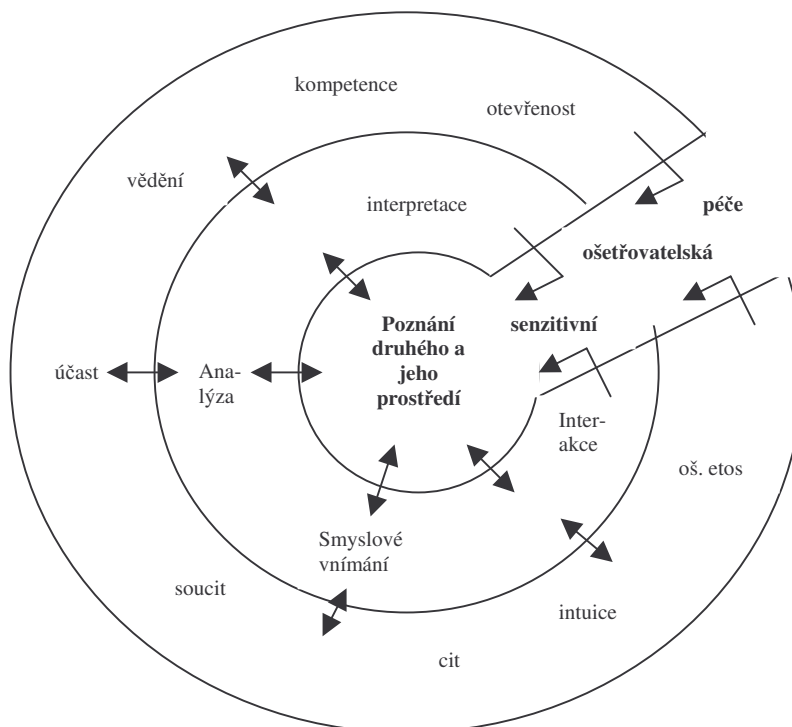
Ošetrování příslušníků jiných kultur často přináší nedorozumění a komunikativní problémy. Není divu, že ošetrovateľská praxe hledá záchytné orientační body usnadňující péči o „cizince“. (6, 19) Potíže vznikají na základě jazykové bariery, ze střetu hranic setkávajících se kultur zúčastněných stran, chybné interpretace vzájemně vysílaných signálů. (Pinto a Pinto 1994) Mnozí lidé, klienti i ošetřující, žijící v dané zemi již delší dobu, objevili řadu podobných a odlišných znaků a naučili se s nimi dobře sžít. Otázkou tedy je, kolik znalostí potřebuje ošetřující, aby dokázal adekvátně pečovat o příslušníky kultury odlišující se od jejich vlastní. Individualita nabírá na významu, tzv. „kulturní receptáře“ nejsou ideální, pro lepší pochopení situace doporučuji přečíst si knihu, jejíž autor se snaží vysvětlit typické subtility našeho chování a jednání.

Péče orientovaná na klienta vyžaduje od ošetřujícího zvláštní schopnosti, pomocí nichž zjišťuje, co příslušník jiné kultury potřebuje a eruduje, co z toho mu může nabídnout. Generalizované znalosti o jisté kultuře zostřují naše schopnosti vnímání na ošetrovateľské situace, které při ošetrování příslušníků jiných kultur mohou nastat. Obecné vědění tedy usnadňuje výpovědi klientů odpovídajícím způsobem zhodnotit a zařadit, vytvořit ev. adekvátní doplňující otázku. Pro vlastní příjem signálů je nezbytná **senzitivita**, jisté množství citlivosti, vnímavosti pro to, co druhý říká, činí a pro skutečnost samu, jež může mít na žádost klienta o pomoc rozhodující vliv.

Senzitivní ošetrovatelská péče (Visser, de Jong 2002, obr. 2)

- vychází z účasti, soucitu, citu, kompetence, emocí, intuice, vědění, otevřenosti, ošetrovatelské etiky;
- učí poznat a určit prostředí vlastní i těch ostatních;
- znamená smyslovým vnímáním, interakcí, analýzou signály adekvátně interpretovat a reagovat;
- nabízí odpovídající, kreativní, na klienta orientovanou, ošetrovatelskou péči.

Obr. 2



V posledních letech se stále šíří diskuse týkající se různých aspektů ošetrovatelské péče. Např. v Holandsku se vyskytují dva, vzájemně se doplňující proudy – péče vedená potřebami klientů a péče orientovaná na ošetrovatelskou diagnosu. (Boeije 1997)

Klíčovým pojmem pro vykonávání senzitivní ošetrovatelské péče je komunikace, kterou však příliš často charakterizuje určitá jednostrannost bránící vzájemné výměně názorů, myšlenek. Proto zavádí Pool (1997) pojem tzv. **komunikativního vztahového rámce** nutícího ošetroující zamyslet se nad tím, co je to vlastně zdraví, nemoc, ošetrovatelská péče z hlediska svého i očima klienta. Vědomí rozdílnosti sociálních a společenských faktorů v různých zemích, kulturách objasňuje jejich vliv na zacházení se zdravím a nemocí. Aktivní, otevřená diskuse vytvoří klima, z něhož vychází popis situace oběma zúčastněnými, tím se otvírají nové možnosti pro zjištění a ujasnění perspektiv, shod, konsekvencí za zohlednění názorů, přání, očekávání, ošetrovatelské nabídky.

Některé projevy chování mohou lidé s ohledem na společnou, známou kulturu adekvátně zhodnotit a zařadit. V různých kulturách může mít tatáž situace zcela jiný význam a stát se tak zdrojem nedorozumění, nepochopení. Zde hraje klíčovou roli **vzájemnost**, chybí-li, pak často ošetroující z hlediska svého úhlu pohledu signály druhého chybně interpretuje, ať již v oblasti samotné skutečnosti nebo celou kulturu ve svém jednání pod- či nadhodnotí. Kulturní svět klienta a ošetroujícího vyžaduje vzájemnou, oboustrannou ochotu poznání pomocí výměny názorů, myšlenek, očekávání, obav, možností řešení. Výsledkem je kompromis na základě ústupků obou stran.

Senzitivní péče je zaměřena na jedince, jeho přání a přesvědčení bez ohledu na národnost, kulturu, barvu pleti, mateřský jazyk a jiné aspekty, zodpovědné za individuální vývoj

jedince. Předpokládá vědění orientované na ošetrovatelskou péči a znalosti lidských procesů. Již výše zmíněný Expert Panel očekává od vzdělaných odborníků, že dovedou signály vysílané klientem zhodnotit a ukázat, v čem se skrývá hlavní význam určité skutečnosti pro klienta. Popisuje jeho úlohu jako kulturního zprostředkovatele činného v oblasti prevence, léčby i osvěty.

Transkulturní anamnéza stojí na pocitu důvěry, otevřenosti, jistoty mezi klientem a ošetrujícím. Empatie, zájem, chápání osudu migranta prediscinuje vytvoření oboustranně přínosného vztahu a ulehčuje sběr potřebných informací. Jazyková bariéra a nedostatečná transkulturní kompetence jeho vytvoření často brzdí, mnohé důležité informace často zůstanou od počátku skryty. Vyčerpávající transkulturní anamnéza vyžaduje více času, jež se zúročí v **ošetrovatelském procesu** rychlejším rozpoznáním a volbou adekvátních řešení problémů, raným zahájením individuálních, kulturně specifických, ošetrovatelských intervencí.

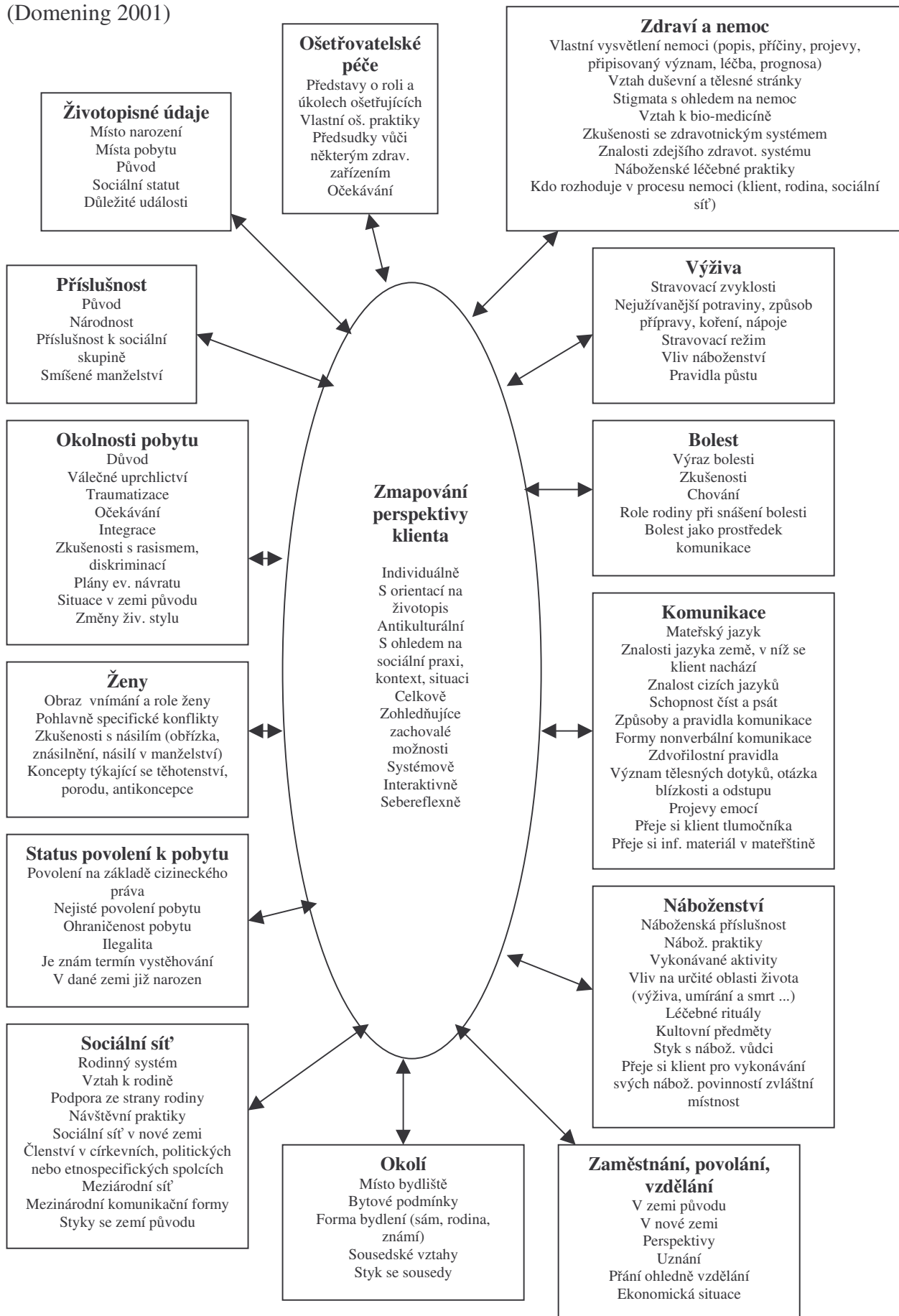
Transkulturní anamnéza musí být dobře připravena, je nutné si předem ujasnit klíčové body vycházející z osoby klienta a plánovaného cíle hospitalizace. Doplňující informace, zjištěné na základě rozhovorů a pozorování klienta, v průběhu hospitalizace volně vplývají do ošetrovatelského procesu. (2)

Mnozí klienti nejsou zvyklí vyjít důvěrně vstříc cizí osobě. Ošetrující může dát najevo svůj zájem např. tím, že zahájí rozhovor běžnými otázkami týkajícími se každodenního života, může se zeptat na zem původu klienta, podělit se s ním o vlastní zkušenosti s ní. Tím přenese vznikající vztah na běžnou, familiární úroveň. Nejistoty a nejasnosti vzniklé v průběhu rozhovoru je nutné na místě odstranit pomocí doplňujících, objasňujících otázek. Ošetrující by se neměl bránit položit i otázky pramenící z vlastního zájmu, které pokládá z hlediska transkulturní anamnézy za významné. Klient je ve většině případů potěšen zájmem věnovaným jeho osobě a ošetrujícímu empatický vztah přináší velký potenciál možností odbourat vlastní předsudky a stereotypy, relativizovat své názory a hodnoty. Z konkrétního setkání vzniká transkulturní chápání, vzájemné poznání a respekt. Předsudky, chybné závěry, nedostačující informace vedou často k neadekvátním ošetrovatelským intervencím.

Jaké otázky je nutné si v rámci přípravy rozhovoru položit? (2)

1. Jak dalece rozumí klient naší řeči a jak se v ní umí vyjádřit? Umí číst a psát?
2. Je smysluplné tlumočení pomocí laické osoby nebo je nutná přítomnost profesionálního tlumočnicka?
3. Které další osoby se zúčastní rozhovoru a jaká je jejich úloha?
4. Kde najdu vhodné místo pro nerušený rozhovor?
5. Je klient již obeznámen s účelem, průběhem a časovým rámcem rozhovoru?
6. Mám k dispozici informační, ev. obrázkový materiál v mateřském jazyce klienta?
7. Co je mi již ze životopisu klienta známo? Byl již dříve v našem zdravotnickém zařízení hospitalizován? Mohu se informovat u kolegů nebo mám k dispozici původní chorobopis?
8. Jak dlouho už klient pobývá v naší zemi, přistěhovali se již jeho rodiče nebo se zde dokonce sám narodil?
9. Která témata se musí stát předmětem následného rozhovoru, která mohu odložit na pozdější dobu?
10. Jaké informace musím klientovi pro jeho pocit jistoty poskytnout? Existují informace, jejíž formu sdělení musím přizpůsobit kontextu a jeho předpokládanému způsobu chápání zdraví a nemoci?
11. Na jakých signálech, znacích (znamení, telefonní čísla, několik slov v jeho mateřštině apod.) se musím s klientem domluvit, aby byla možná komunikace i bez tlumočnicka?

Transkulturální ošetrovatelská anamnéza (Domening 2001)



Cílem anamnézy je zmapování perspektivy klienta, pochopení konkrétní, individuální nebo rodinně-sociální praxe a nikoli použití „kulturního receptáře“. Jedině takto lze pochopit, co je pro daného jedince v daný okamžik nejdůležitější a jak tato skutečnost ovlivňuje jeho hospitalizaci. Získané informace je nutné roztrždit, zaznamenat je písemně tak, aby se staly smysluplnou základnou následné analýzy klíčových bodů péče a plánování jednotlivých intervencí. Často je obtížné vyfiltrovat nejdůležitější aspekty. Pro péči relevantní, ale důvěrně sdělené informace lze dále použít pouze se souhlasem klienta. Problémy, nejistoty a obavy je možné ventilovat v ošetrovatelském týmu v zájmu společného hledání co nejadektivnějších možností řešení.

Zmíněný typ anamnézy nemá nahradit v praxi běžně používané nástroje sběru informací, nýbrž podnítit aktivity jejich ev. přehodnocení. Většina institucí vyvinula vlastní formuláře, do nichž lze bez větších potíží specifické otázky transkulturálního kontextu integrovat.

Transkulturální ošetrovatelská anamnéza se nehodí pouze pro klienty pocházející z jiných kultur, ale i obecně pro lepší zhodnocení perspektivy každého klienta a získání celistvějšího pohledu na jeho svět, neboť mnohé zmíněné otázky se běžně hospitalizovaným nekladou. Jinými slovy, **transkulturální anamnéza obohacuje ošetrovatelský proces o novou dimenzi.**

Bibliografické odkazy

1. David, M., Brode, T.: *Ethnisch-kulturelle Aspekte in der Geburtshilfe*. *Pflegezeitschrift*, 1, 2002, s.21-24
2. Domening, D.: *Professionelle Transkulturelle Pflege* Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2001, ISBN 3-456-83525-6
3. Gillmann, U.: Madeleine Leiningers Sunrice Model. *Pflegen Ambulant* 2, 1998, s. 28-29
4. Gögercin, S.: Die Hilfen müssen den Bedürfnissen entsprechen. *Pflegezeitschrift*, 6, 2002, s. 435-438
5. Klinikum Nürnberg: Si rilassi – Entspannen sie sich. *Pflege aktuell*, 2002, s. 518-521
6. Kegreiß, M.: Religiöse Bedürfnisse müssen berücksichtigt werden. *Pflegezeitschrift* 4, 2001, s. 240-244
7. Kuschke, T.: Aber eben sind wir verschieden. *Pflege*, 2001, s. 92-97
8. Lo Bindo, Wood/Haber: *Pflegforschung Ullstein medical*, 1996
9. Neuhardt, C.: Für viele Pflegekräfte ein Fremdwort. *Pflegezeitschrift* 4, 2001, s. 237-239
10. Projekt in Berlin: Alt werden in der Fremde. *Pflege aktuell*, 2002, s. 522-525
11. Roth-Langhorst, H.: Sensitive Interventionen. *Altenpflege* 5, 1998, s. 46-49
12. Schäffler, A., Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T.: *Pflege Heute*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jenna, Lübeck, Ulm, 1998, ISBN 3-437-55030-6
13. Steinbrucker, S.: Personalmanagement *Nepublikované přednášky*, 2002
14. Tausend, A.: Pflegemodelle *Nepublikované přednášky*, 2002
15. *Thiemes Pflege*: 6.6.3. Humanistische Theorien
16. Transkulturelle Pflegedienst Hannover: Transkulturelle Kommunikation. *Pflege aktuell*, 10, 2001, s. 530-532
17. Visser, M., de Jong, A.: *Kultursensitiv pflegen*. Urban&Fischer, München, Jena, 2002
18. Voigt, G.: Mehr als eine Verständigung mit Händen und Füßen. *Pflegezeitschrift*, 6, 2002, s. 439-443
19. Welker, A.: Abschied von allen Grundsätzen. *Pflege aktuell*, 2002, s. 526-529

Mgr. Hana Anastassiadou
Frankfurter Ring 130
D-80807 München
Německo
e-mail: hanaanastassi@surfeu.de

ŘÍZENÍ KVALITY A HODNOCENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Alexandra Archalousová

*Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství,
Oddělení ošetrovatelství, Hradec Králové*

Pracovní skupina pro tvorbu národního kurikula oboru porodní asistentka MZ ČR

Souhrn

Všechny země se snaží využívat své omezené zdroje co nejefektivněji a nejúčelněji a zajistit tak vysokou úroveň vzdělání v ošetrovatelství a porodní asistenci, tedy zdravotních sester a porodních asistentek. Řízení kvality a hodnocení výuky je průběžný proces, vzhledem k neustále se vyvíjející a měnící zdravotní péči. Proto se musí vyvíjet a měnit i příprava zdravotníků – v tomto případě u nelékařských profesí regulovaných Evropskou unií – profesní příprava zdravotních sester a porodních asistentek. Tím se zajistí kontinuální účinnost a efektivita. Všechny dobře zavedené vzdělávací instituce uplatňují nějakou formu kontroly kvality. Základem veškerého řízení kvality a jeho hodnocení je standardizace a přezkoumávání standardů. Díky standardům lze měřit kvalitu vzdělávacího programu a srovnávat kvalitu jednoho programu s dalšími programy. Koncepce standardů vzdělávání musí zajišťovat kvalitu tak, aby se pro společnost zaručila příprava zdravotních sester a porodních asistentek způsobilých v praxi a poskytujících kvalitní služby.

Klíčová slova

Kvalita, řízení kvality, hodnocení výuky, studijní program, standard, vzdělávání, studenti, pedagogové, kritéria pro přípravu pedagogických pracovníků, kritéria pro monitorování vzdělávacích institucí

Úvod

Hodnocení výuky porodních asistentek je definováno jako proces určování toho, do jaké míry je poskytnutá výuka účinná a efektivní a do jaké míry přispívá k dosažení zdravotnických potřeb. *Účinnost* výuky znamená dosažení stanoveného cíle, tedy výchovu porodních asistentek schopných *plnit úlohu a úkoly vyžadované v dané zemi*, tj. plnění potřeb klientek/obyvatel dané země. *Efektivnost* výuky znamená využití maximálního potenciálu, všech dostupných zdrojů určených ke vzdělávání tak, aby nedocházelo k žádnému plýtvání. Hodnocení vzdělávacího programu by se mělo provádět paralelně s přípravou nových osnov, se zahájením nového studijního programu, nikoliv až dodatečně. Lze hodnotit na třech úrovních – struktury, procesu a výsledku. *Strukturální hodnocení* orientováno na návaznost, vyváženost teorie a praxe, na komplexní přístup (na tuto formu hodnocení by se měly zaměřit země, které využívají osnovy pro přípravu porodních asistentek v souladu se Strategií). *Procesuální hodnocení* podporuje pocit osobní zodpovědnosti a spoluzodpovědnosti za úspěch. Jde o průběžné kvalitativní hodnocení, které je v zásadě interním procesem, k němuž přispívají studenti, učitelé, kliničtí mentoři. *Výsledkové (produktové) hodnocení* zaměřené na výsledky, dosažení způsobilosti porodní asistentky v praxi, připravenost pro plnění profesních úkolů.

Metodika

Do hodnocení studijního programu je zahrnuta výuka v univerzitním prostředí a výuka v prostředí klinické a komunitní praxe. *Phare manual of quality assurance* (Evropská komise, 1998) doporučuje velmi komplexní analýzu a využití SWOT analýzy (silných,

slabých stránek, příležitostí a rizik) analýzu těchto vlastností ve vztahu ke studijnímu programu. Analýza se provádí jak interně, tak externě v jednotlivých kategoriích: studenti, studijní programy, procesy výuky, pedagogové, zdroje. Hodnotící výbor „Course Committee“ je tvořen zástupci z vedení univerzity, pedagogů, mentorů z komunitního/klinického prostředí, studentů a externích odborníků. Především externí kontroloři a studenti jsou klíčovým prvkem sledování kvality studijního programu. Tento systém by měl být v univerzitním prostředí aplikován všeobecně pro všechny vzdělávací programy.

Závěr

Závěrečné vyhodnocení kvality ve vzdělávání je provedeno dle stanovených kritérií:

1. Účinnost vyučovacího procesu podle míry do jaké budoucí zaměstnavatelé v určitém oboru, stejně jako budoucí kolegové, posuzují nově kvalifikovaného pracovníka, jako aktuálně vybaveného pro vykonávání profese
2. Efektivita a účinnost nabízeného vzdělání ve vztahu k zájmům a očekávání studentů
3. Účinnost výuky z hlediska manažerů vzdělávání (školského managementu), pedagogů a odborníků na vzdělávání, co se týče uplatnění lidského faktoru a zdrojů, které vedou k dosažení studijních záměrů.

Výsledky hodnocení musejí být pečlivě zváženy. Na jejich základě podniknuty velmi citlivým a tvůrčím způsobem konkrétní kroky systematického přehodnocování. Vzniklý komplex informací se stane součástí dalšího hodnocení v budoucnosti a průběžného řízení kvality vzdělávacího programu. „*Hledání kvality je proces, který nekončí, je průběžný, ale neměl by být vnímán jako hledání chyb, ale jako hledání přítomnosti hodnot a způsobů, jak tyto hodnoty ještě navýšit.*“ (WHO, 2002)

Bibliografické odkazy

1. ASVALL, J.E. *Nurses and midwives for health*. A WHO European strategy for nursing and midwifery education, EUR/00/5019309/15. Mnichov: konference, 2000. ISBN 92-890-1171-8.
2. BLOOM, B.S. *Taxonomy of educational objectives. Book 1: cognitive domain*. London, Longman, 1956.
3. HEALTH 21: *the health for all policy framework for the who European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.
4. KRISTOFFERSEN, D. et al. *Phare: quality assurance in higher education manual of quality assurance: procedures and practices*. Brussels, European Commission, 1998.
5. Směrnice Evropské komise 80/154/EHS, 80/155/EHS. *Official journal of the European Communities*, L033, 1980.
6. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. *Standards for preparation of teachers of nursing, midwifery and health visiting*. London, 2000.
7. WHO Regional office: *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2)*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-21-7.

PhDr. Alexandra Archalousová
Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
e-mail: archalousova@lfhk.cuni.cz

NĚKTERÁ ÚSKALÍ SYNDROMU POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Radomila Drozdová

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

Úvod

Wolfgang Schmidbauer – autor publikace Psychická úskalí pomáhajících profesí – se zamýšlí nad tzv. syndromem pomáhajících profesí, který vyzoroval u lidí volících si „altruisticky“ zaměřenou službu potřebným jako své povolání. Podle jeho zkušeností si takto orientovaná povolání podvědomě volí častěji jedinci s určitými nevyřešenými, převážně osobnostními a neurotickými konflikty, rannými traumaty z dětství, kteří tak řeší „svůj hlad“ po uznání, po empatickém porozumění, vděčnosti a vzájemnosti. Autor nabízí k zamyšlení zajímavou problematiku, týkající se také psychologie zdravotnických profesí, která jednoznačně vykristalizovala při řešení problémů zástupců pomáhajících profesí. Jde o problém POMÁHÁNÍ - JAKO OBRANA.

Klíčová slova

sociální povolání, pomáhající profese, syndrom pomáhajících profesí, Burnout–syndrom vyhoření, společenské mýty, neschopnost žádat o pomoc, nežádoucí kompenzační mechanismy

Syndrom pomáhajících profesí

Profese zdravotnických pracovníků se řadí mezi velmi náročná tzv. sociální povolání (patří sem také např. učitelé, psychologové, sociologové, sociální pracovníci...), která mají svá specifická úskalí v tzv. syndromu pomáhajících profesí.

Podle W. Schmitbauera (2000) je ve všech těchto sociálních povoláních „osobnost jako taková tím nejdůležitějším nástrojem veškerého profesního konání. Hranice možností jejího zatížení a její flexibility jsou současně hranicemi možností jejího konání“. Základním problémem člověka, postiženého syndromem pomáhajících profesí je velký rozpor - sociálně daná a očekávaná narcistická „fasáda“, orientovaná na vysoký a strnulý ideál JÁ a neuspokojené potřeby.

Fasáda říká: „Já nic nepotřebuji, já dávám“ a dítě uvnitř nařiká: „Hladovím a žízním (po zájmu a bezpečí), ale nesmím se opovážit ven“. Vnitřní situaci takto postižených lze přiblížit názorným obrazem: zanedbané a hladové dítě za nádhernou, pevnou fasádou. Dochází tedy k paradoxu –emocionální frustrace, bezmocnost a nejistota - bída za fasádou, která se zdá být pevná. Vlastní slabost a potřebnost pomoci je potlačována, opomíjena a zastírána.

Ve vztahu pomáhající – klient chybí oboustranná a vyrovnaná vzájemnost. U syndromu pomáhajících se tento nedostatek otevřené vzájemnosti stává osobnostním rysem, částí charakterové obrany. Klient má právo vyjádřit své potřeby, hledat možnosti jejich uspokojení a pomáhající mu musí pomáhat najít řešení k saturaci jeho potřeb. Svě vlastní potřeby však musí ponechat stranou. K jeho obranné struktuře patří pomoc druhým na účet vlastních přání, odmítání vlastní potřebnosti a přijímání pomoci nejvýše ve formě „dalšího vzdělávání, aby ještě zdokonalil svou odbornou zdatnost k výkonu pomoci“.

„Vysoká vzdělanost a odbornost neusnadňuje nastíněný problém ve výkonu povolání, pouze zprostředkovává kognitivní koncepty, praktické dovednosti a etické normy. Zacházení s přáními a úzkostmi, s citovou stránkou práce s lidmi, vyrovnávání se s nadměrnou zátěží se prakticky ponechává náhodě. Zkušenost a erudice nedělá člověka chytřejším a ve směru kompenzace zátěží úspěšnějším, uvolněnějším, ale často paradoxně pohled na profesi a eventuálně na život ještě vyhrocuje a postupně naopak otupuje“. (Vaillant, et al, 1966)

Spousta zdravotníků (sester i lékařů) je přepracovaná, nespokojená, nemotivovaná, dostává se do rozporu profesionálních, osobních i společenských rolí. Kvalitně poskytovaná léčebná a ošetrovatelská péče je obecně jedna z nejnáročnějších činností i z hlediska intenzity stresového a celkového psychického zatížení. Předpokládá se, že pomáhající má dostatečnou osobní sílu k tomu, aby dokázal být stabilní oporou všem, o které pečuje, všem, kteří se k němu upínají s nadějí, že jim vždy bude pomoheno. Sám je vystaven, jako představitel profese specifického společenského statutu, také vysokým morálním a společenským nárokům, které jsou velmi zavazující. Současně sám nezřídka ztrácí emoční stabilitu a ideály, které byly silným motivačním činitelem při volbě vykonávaného povolání. Sám vnitřně hladoví a žízni po zájmu a bezpečí. Důsledkem tohoto procesu je, že jeho vnitřní rozpor sílí. V žádné skupině jiných povolání nejsou psychické poruchy a strádání tolik skrývány a bagatelizovány jako v této, která se bezprostředně zabývá ošetřováním a léčbou právě těchto problémů.

Největší nesnáze přirozeně působí určitá slabá místa osobností pomáhajících. Jejich nevyřešené neurotické konflikty nebo hlubší osobnostní poruchy byly (dle dlouhodobých amerických studií např. u souboru respondentů z řad lékařů) podstatně častější, než v normální populaci. (Vaillant, et al, 1966)

Také obdobné anglické studie potvrzují statisticky významné výsledky v problémech u lékařů v četnosti sebevražd, v oblasti partnerských konfliktů, v problémech s psychotropními látkami, alkoholem, drogami, v potřebě psychologické léčby apod. ve srovnání s běžnou populací. (Brook, 1967)

Paradoxní reakce nastávají rovněž při terapii vlastních onemocnění pomáhajících, a to ve smyslu podceňování, negování a zastírání skutečnosti. V případě vlastní léčby většina zdravotníků užívá léky nahodile, nepravidelně a v nedostatečném dávkování. Otázka kouření, alkoholu a užívání jiných drog je bagatelizována a je významně spojena s nežádoucí kompenzací strádání a s únikovými mechanismy. Častými symptomy bývají také deprese, problémy s komunikací v osobním životě, ve vnímání vzájemnosti, sounáležitosti, v rovině sociálních, partnerských vztahů. Osobní potřeby, přání a požadavky postižený často neumí čitelně vyjadřovat, dostatečně signalizovat. Dostává se do bludného kruhu nespokojenosti, pocitů nedostatečného ocenění, výčitek a konfliktů vůči blízkému okolí.

Podle Enzmana (1989) lze profesionální ideály perfektnosti v praxi udržovat pouze popíráním skutečnosti. Činnost pomáhajícího pak snadno ztrácí svou zásadní orientaci. Následně zklamání, které se zákonitě dostavuje, již nelze adekvátně zpracovat a vznikající chyby účinně korigovat. „Burnout“- nebo-li vyhoření pomáhajících, jež se stává stále aktuálnějším problémem, je nezřídka obrannou reakcí a důsledkem této situace.

Starý, historicky pojatý model - altruistický ideál pomáhajících, který má fungovat nezávisle na chvále, výtkách, posilování motivace, při neomezených nárocích na pracující osobu - se přece jen v současné době pomalu rozplývá.

Shrnutí

Syndrom pomáhajících profesí je provázen spojením charakteristických osobnostních rysů, jež vytvářejí ze sociální pomoci strnulou životní formu na účet osobního vývoje. Základním problémem syndromu pomáhajících profesí je sociální fasáda, orientovaná na vysoký, strnulý ideál JÁ, který vyvolává v profesním i soukromém životě spoustu návazných problémů. O pomoc k uchování duševního zdraví pomáhajících v praxi není dobře postaráno.

Bibliografické odkazy

1. BROOK, M. F. et al. Psychiatric illness in the medical profession. Br. J. Psychiatry 113, s. 1013-1023, 1967.
2. ENZMANN, D., KLEIBER, D. HELFER-LEIDEN. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg (Asanger) 1989.
3. SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, s.r.o., Praha 2000. ISBN 80-7178-312-9
4. VAILLANT, G. E., SOBOWALE, N. C., MCARTHUR, C. Some psychological vulnerabilities of physicians. N. Engl. Journal of Medicine 287, s.745-748, 1966

PhDr. Radomila Drozdová

Univerzita Karlova v Praze

3. Lékařská fakulta

Ústav lékařské etiky

Ruská 87

100 00 Praha 10

e-mail: Radomila.Drozdova@post.lf3.cuni.cz

PSYCHOPROFYLAKTICKÁ PŘÍPRAVA TĚHOTNÉ ŽENY A JEJÍHO PARTNERA K PORODU - ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY

Bohdana Dušová

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

Souhrn

Všestranná příprava budoucích maminek k porodu je jednou z částí prenatální péče. K porodu má maminka přijít v dobré kondici a duševní pohodě, kterou získá správnou životosprávou, tělocvikem a psychoprofylaktickou přípravou. Při koncepci předporodní přípravy je třeba brát v úvahu několik faktorů:

- ◆ Jaká je ochota nastávajících maminek dozvědět se něco o tom , co je čeká
- ◆ Jaké mají jiné zdroje informací
- ◆ K jakému typu porodu budou klienti připravováni

Cíl přípravy těhotných žen k porodu

- ◆ Cílem je snížení úzkosti a strachu z porodu
- ◆ Seznámit ženu s metodami lékařského vedení porodu, s rizikem možnosti vzniku porodnických komplikací v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí
- ◆ Žena má vědět, co ji během porodu čeká a čím sama může přispět ke zdárnému výsledku těhotenství
- ◆ Nabídnout možnosti, jak s bolestí pracovat a jak ji zvládat

Struktura přípravy ženy k porodu

Existují dvě úrovně přípravy. První základní úroveň, která by měla být k dispozici všem ženám. Kurz je veden porodní asistentkou. Těhotné, navštěvující tyto kurzy, jsou informovány v oblasti těhotenství, porodu a šestinedělí. Jsou poučeny, jak se chovat v jednotlivých fázích porodu.

Druhá úroveň slouží ženám, kterým základní úroveň nestačí. Nejčastější příčinou bývají, jak psychosociální, tak biologické faktory. K těmto faktorům patří neprovdaná těhotná, vážné somatické onemocnění matky, těhotná mladší 18ti let nebo prvorodička starší 35ti let, nápadná úzkost a strach před porodnickým vyšetřením, nadměrný strach z porodu. Příprava je vedena zkušeným psychologem nebo gynekologickým lékařem. (Pečená, 1990, s.769).

Formy vedení předporodní přípravy

Individuální příprava – probíhá individuálně, kdy žena a její rodina se připravují na porod doma. Konzultace probíhá s porodní asistentkou, která ženu připravuje k porodu

Skupinová příprava - je vedena ve skupině formou přednášek a diskuse nebo probíhá jako kurz předporodní přípravy. Vedou jí většinou porodní asistentky. Ideální je, sejdou-li se ve skupině prvorodičky i vícero dičky. Účastníci jsou vyzýváni lektorem k dotazům a diskusím. Sdělují si své zkušenosti, připomínky a názory a vyjadřují svůj případný souhlas, pokud jej pociťují.

Koncepce předporodního kurzu

Při realizaci předporodního kurzu v moderní porodnické péči by se nemělo zapomínat na:

- ◆ Zdůrazňování , že těhotenství a porod nejsou nemoc a není třeba je nějak léčit. Zásah lékaře bývá potřebný v situacích , kdy se během těhotenství vyskytne nějaká choroba neb

se zkomplikuje průběh porodu.

- ◆ Nutné je posilovat důvěru ženy ve vlastní schopnosti normálně porodit, hraje zde velkou úlohu i výchova v rodině.
- ◆ Ženy by měly být informovány o fyziologických pocitech a varovných signálech a to na konci těhotenství, kdy je normální, že se objevují občasné kontrakce, kdy bolest hlavy a pocit napětí mohou být signálem stoupajícího krevního tlaku.
- ◆ Kurz má ženy informovat o jednotlivých dobách porodních a zdůrazňovat základní porodnické pravidlo: „Zachovat za každé situace klid a uvolnit se (porod lépe postupuje).
- ◆ Nedílnou součástí kurzu by měly být informace, které se týkají úlevových pozic, dostatek volného pohybu, působení příjemné teplé vody sprchováním nebo lázně analgetické působení tepla a chladu.
- ◆ Kurz by měl informovat i o době poporodní. Důležité jsou informace o poporodním období, týkající se péče o dítě a kojení.

Kurzy základní přípravy obsahují minimálně 6 lekcí a mohou je navštěvovat všechny těhotné ženy se svými partnery. V první polovině těhotenství proběhnou první dvě lekce a další čtyři lekce navštěvují těhotné po 32. týdnu těhotenství. Každá lekce trvá asi 60 minut. Optimální počet žen, navštěvujících jednotlivé lekce je 8-12. Pokud psychoprofylaxe probíhá v párech, je vhodné, aby se lekcí účastnilo maximálně 6 párů. Do jednotlivých lekcí je možno přizvat odborníky různých oborů- pediatry, gynekology, dětské sestry. V lekcích by nemělo chybět promítání videofilmů, diafilmů, součástí kurzů by měly být exkurze na porodnicko-gynekologické pracoviště, hlavně na porodní sály. Nádstavbové přípravy probíhají zcela individuálně, počet lekcí není dán, ale mění se dle potřeb a podmínek zdravotnického pracoviště. (Štromerová, 1999, s.4)

Metody užívané v psychoprofylaktických kurzech

Jedná se o způsob, nebo - li techniku, která podněcuje těhotné ženy i jejich partnery být zodpovědnými za výsledky svého učení. Vedoucí kurzu je zodpovědný za vytváření atmosféry při přípravě. Příprava k porodu může probíhat různými styly:

1. Přednáška

Porodní asistentka přednáší informace o jednotlivých tématech. Slouží k poskytnutí důležitých informací. Přednášet nemusí jen porodní asistentka, která vede psychoprofylaxi, ale může si na lekci přizvat odborníka k danému tématu.

2. Audiovizuální metoda

podávání informací prostřednictvím videofilmů. Porodní asistentka by se měla seznámit s audiovizuálními pomůckami jako první a pak je teprve poskytnout účastníkům kurzu. Po shlédnutí může přínos informací podstatně zlepšit diskusi na dané téma.

3. Čtení

Je důležitou metodou, ať už individuální nebo ve skupině. Je vhodné ji kombinovat s ostatními metodami. V kurzu lze čtení využít k lepšímu přiblížení dané problematiky, k navození diskuse

4. Diskuse ve skupinách

Výměna názorů a diskutování problémů mezi porodní asistentkou a těhotnými ženami. Umožňuje podělit se o názory, pocity a myšlenky, týkající se různých témat. Je velmi užitečná k využití vlastního myšlení a umožní účastníkům jednotlivých lekcí naslouchat odlišným názorům. Ať už jsou skupiny malé nebo velké, je možné diskuse využít v průběhu celého programu.

5. Praktické cvičení

Metoda umožňuje se přímo seznámit a sblížit s určitou problematikou. Účastníci kurzu si sami vyzkouší výkony, které se určité lekce týkají. Např. nácvik dýchání, úlevové polohy, relaxační techniky, péče o dítě.

6. Bradleyho metoda

Učí ženy přijímat bolesti a sledovat jejich návaly pod vedením manžela, partnera, přítelkyně, dudy či jiné osoby. Dotyčný navštěvuje prenatální kurzy společně s budoucí matkou a pomáhá jí při cvičeních se správnými dýchacími návyky, zabezpečuje jí pohodlí a vede jí při porodních bolestech.

7. Odvedení pozornosti

Úlohou této metody je naučit těhotné ženy odpoutat svoji mysl od bolesti představováním si příjemné scény, ve které má bolest prožívat.

8. Hawthorneova zkouška

Princip spočívá v tom, že osoba, která při porodu asistuje, věnuje rodičce zvýšenou pozornost. Psychologický průzkum ukázal, že čím větší pozornost se věnuje rodičce, tím menší bolest pociťuje.

Obsah jednotlivých lekcí psychoprofylaktické přípravy

1. lekce

- cíl přípravy ženy k porodu - snížení obavy úzkosti a strachu z porodu
- termín porodu, jednotlivé fáze porodu
- tělesné a psychické změny v těhotenství
- výživa, oblékání, životospráva v těhotenství včetně kouření, alkoholu, sexuality a sportu

2. lekce

- vnímání bolesti, teorie bolesti, diskuse o bolesti, které souvisí s porodem
- seznámení s praktikami, které ženě pomáhají odpoutat pozornost od bolesti
- posílení sebedůvěry
- tělesná relaxace, dechová cvičení - nácvik
 - jak naslouchat svému tělu
- prvky jógy tzv. gravidjóga
- seznámení s úlevovými polohami, masáže i v manželských párech

3. lekce

- předporodní období - informace, co by měly mít ženy připravené doma než odejdou do porodnice
- kdy do porodnice, seznámit se s příznaky blížícího se porodu
- první doba porodní, včetně opakování nácviku dýchání, masáží, akupresury

4. lekce

- druhá doba porodní, včetně nácviku různých porodních poloh a zadržení dechu
- informace o operativním porodu
- poporodní období
- úloha otce při porodu

5. lekce

- šestinedělí z hlediska matky
- tělesné a psychické změny v šestinedělí
- informace o kojení
- hygiena a životospráva v šestinedělí
- sexualita po porodu
- opakování osvojených technik

6. lekce

- vývoj vazby matka - dítě
- současné trendy v péči o matku a dítě
- ranný vývoj dítěte a jeho výchova

Nastávajícím maminkám je také třeba říci, že mají - li nějaké přání ohledně vedení porodu nebo ošetřovatelské péče, musí toto přání vyslovit.

Význam a úloha otce během těhotenství a porodu

Na základě praktických zkušeností považuji za nezbytné zapojit nastávajícího otce do celého komplexu předporodní, porodní i poporodní péče o matku a dítě. Tak, jak matka může během těhotenství komunikovat s plodem, tu stejnou možnost má i otec. Za pozitivní je především považováno psychické působení otce na matku v průběhu porodu. Matka s otcem prožívá v klidu za vzájemné pomoci první dobu porodní. Někteří partneři pouze přihlížejí u porodu, jiní se aktivně porodu účastní. Počítají jednotlivé intervaly mezi kontrakcemi, masírují ženě záda, pomáhají při kontrolovaném dýchání. Partner se snaží odvádět pozornost budoucí matky od porodních bolestí a zahnat úzkostné myšlenky, takže zůstane uvolněná a sníží se tak potřeba medikace.

Aby se pro rodiče stal porod krásným zážitkem, měli by vědět, že pro to musí oni sami něco udělat. Skoro všechny ženy, které čekají své první dítě, se obávají neznámé události, která je čeká, především bolesti. Mnoho z nich strach ztratí a získá důvěru ve vlastní schopnosti, budou-li se intenzivně připravovat na porod. K přípravě na porod se dnes nabízí množství metod, které mají dopomoci nastávajícím maminkám k co možná lehkému a bezbolestnému porodu

Cíle průzkumu

Zajímalo nás zjistit, jak se těhotné ženy a jejich partneři připravují v prenatalních kurzech na porod, odkud získávají informace o předporodních přípravných kurzech. Dále nás zajímalo, zda využívají ženy informace získané v rámci prenatalního kurzu v průběhu porodu, jak hodnotí přítomnost otce u porodu a jaký je jejich názor na důležitost předporodních přípravných kurzů.

Metodika

Statistický soubor respondentek byl sestaven ze 100 respondentek. Vlastní průzkum probíhal v předporodních kurzech a na gynekologicko-porodnických pracovištích regionu Severní Moravy. Uzavřené otázky dotazníkového šetření byly formulovány tak, aby byly jednoduché a srozumitelné pro všechny klientky. Návratnost dotazníkového šetření byla stoprocentní.

Výsledky a diskuse

Nejčtenější věkovou kategorií tvořily těhotné ženy mezi 21-25 let (41%). Velkou skupinu tvořily těhotné ženy, které měly středoškolské vzdělání bez maturity (40%), střední školu ukončenou maturitou bylo (42%), vysokoškolské vzdělání uvedlo (14%) těhotných žen a (4%) těhotných žen mělo základní vzdělání. Prvorodiček bylo (54%), druhorodiček (37%), vícero diček (9%).

Zda mají těhotné ženy informace o existenci předporodních kurzů uvedlo (34%) od lékaře, od porodní asistentky (52%), z tisku (7%), od kamarádky (7%). Na otázku odkud jste čerpala informace o průběhu těhotenství a porodu odpovídaly těhotné ženy: z literatury (82%), mezi nejčtenější knihy a časopisy patřily Velká kniha o matce a dítěti, Čekáme dítě, Naše dítě a časopisy Betyňka, Rodiče. O žádné informace s touto problematikou se nezajímalo (18%) těhotných žen. Přítomnost kterékoliv blízké osoby znamená pro rodičku velkou psychickou i

fyzickou podporu. Ženy mají větší pocit bezpečí, jistoty a většinou se zlepší spolupráce rodičky se zdravotnickým personálem. Mít partnera u porodu uvedlo (79%) těhotných žen, (20%) neuvažuje o přítomnosti žádné blízké osoby z důvodu nepříjemnosti, chce být sama a (1%) bude vyžadovat kamarádku. Navštívit porodnici před porodem uvedlo (52%), nemá zájem o návštěvu porodnice bylo (48%).

Zajímalo nás, zda rodičky znají, jak ulevit porodním bolestem již v průběhu porodu. Nejčastěji uvedené způsoby úlevy : teplá sprcha (33%), masáže (27%), sezení a pohupování na relaxačním balónu (25%), epidurální anestézie (20%), chůze (10%), homeopatika, analgetika a akupresuru (3%), žádné způsoby úlevy porodních bolestí nezná (40%) žen. Názory na to, jakou polohu při porodu volit jsou různé. Nejvíce respondentek bude při porodu vyžadovat polohu na zádech v polosedě (72%), v dřepu nebo v porodnické vaně uvedlo (8%), na porodnické židličky (5%), na porodnickém vaku (4%), některé ještě neměly představu jakou polohu zaujmou (3%). Zájem poslouchat relaxační hudbu v průběhu první a druhé doby porodní označilo (53%), o poslechu neuvažuje (47%) z důvodu, že hudbu nevnímají, chtějí mít spíše klid. Šetření bylo zaměřeno jak dalece jsou důležité předporodní přípravné kurzy. Kladně odpovědělo (80%), zbytečné (8%), moderní, ale nepomůžou (12%).

Závěr

Z výsledků průzkumu vyplývá, že je důležité, aby budoucí rodiče navštěvovali předporodní přípravné kurzy a seznámili se tak s průběhem celého porodu, přesně věděli, co je na porodním sále čeká a aby o jeho průběhu mohli společně s lékaři, porodními asistentkami rozhodovat a zároveň spoluprožívat. Dále třeba vypěstovat u mladé generace pocit zodpovědnosti za vlastní zdraví. Tak jako v jiných oborech, tak i v medicíně jde vývoj neustále dopředu, vznikají nové léčebné a ošetrovatelské metody a přístupy, které umožňují stále kvalitnější péči. Vše také souvisí se změnou myšlení zdravotnického personálu s cílem přehodnotit své priority v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Bibliografické odkazy

1. PEČENÁ, M. 1990. Koncepce přípravy těhotných žen k porodu. *Čs. gynekologie* č. 55, 1990, s. 769-773
2. ŠTROMEROVÁ, Z. 1999. Předporodní příprava. *Sestra*, 1999, č. 8, s.4

*PhDr. Bohdana Dušová
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
e-mail: Bohdana.Dusova@osu.cz*

ROOMING-IN NA GYNEKOLOGICKO PÔRODNÍCKOM ODDELENÍ

Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Marta Jakubíková

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Prešov

„Deň keď sa mi narodilo dieťaťko, bol mojim najkrajším dňom v mojom živote. Nikdy nezabudnem na okamih, keď som prvýkrát uvidela jeho tváričku s veľkými očami a tmavými vláskami, na týždeň v pôrodnici, ani na prvé dni doma plné šťastia a predtým nikdy nepoznaného strachu o toho maličkého tvora, ktorý bol mojim synom.“ (Z. Gregová, Dieťa 1998, 5)

Úvod

Nie je v živote väčší zázrak ako príchod nového človeka na svet. Ak sa zamyslíme nad tým, čo môže človek zanechať na tomto svete, jednou z jedinečných možností je vlastné dieťa. Je dôležité, aké to dieťa bude. Určite každý z nás si želá, aby dieťa bolo múdre, plné dobroty, aby bolo prínosom pre spoločnosť, oporou pre rodičov, inteligentné, jednoducho dieťa, na ktoré bude rodič neopísateľne hrdý a každému sa bude chcieť pochváliť: „... „, toto je moja dcéra, toto je môj syn!“ Ak to chceme dosiahnuť treba na to myslieť už pri plánovaní dieťaťka, počas prenatálneho vývinu, ale naplno musíme začať od prvých minút života bábäťka na tomto svete. Jednou z možností je aplikácia systému rooming – in na gyn. – pôr. odd., pretože zmyslom tejto iniciatívy je zabezpečiť dieťaťu dobrý štart do života, dobrú adaptáciu na zmenené životné podmienky, ale aj vytvoriť rodičke optimálne podmienky pre úlohu matky. Nezriedka je premiérou, ktorú predtým nepoznala, alebo má o nej informácie často skreslené, deformované aktuálnym spoločenským postojom ako uvádza J. Čulík (1998, s.31).

Prof. J. Švejcar, zakladateľ československého detského lekárstva, priekopník a popredný bojovník za zavádzanie systému rooming-in v československom pôrodníctve hovorí: „Systémom rooming-in nezavádzam žiadne nóvum, tobôž nejde o žiaden experiment. Oddeliť po pôrode matku a dieťa, to bol experiment, aj keď vykonaný z tých najušľachtilejších pohnútok a na úrovni poznatkov doby“. (Švejcar, 1985)

V. Plintovič hovorí, že rooming-in systém má imitovať optimálne rodinné prostredie, optimálny štart do života. (Dieťa, 1995, 3, s.16)

Nemocničné prostredie je principiálne odlišné, a to sa netýka len personálneho obsadenia. Treba si uvedomiť, že dieťa prichádza na svet zo sterilného prostredia do sveta mikróbov, ktoré ho budú sprevádzať celý život a mnohé z nich sú plné hrozby a nebezpečia. V každej domácnosti existuje bakteriálne osídlenie, v podstate spoločné pre celú rodinu, je svojské je odlišné od inej rodiny. Primerane k tomu má každá rodina adekvátnu odpoveď svojho imunitného systému a svoje vlastné obranné mechanizmy. Tie sa už v tehotenstve dostávajú do krvi cez pupočník do plodu, a preto je prvý kontakt s mikróbmi jeho matky a celej rodiny bez rizika. Podstatne iná situácia je v nemocnici, ktorá má tiež svoje špecifické bakteriálne osídlenie, a z ktorého nám môžu prameniť mnohé nežiadúce komplikácie v podobe tzv. nemocničných nákaz. Požiadavka priložiť nahé dieťa po pôrode, len čo je to možné, na obnaženú hrud' a k prsníku matky je vlastne rituálom bakteriálneho osídlenia kože a tráviacej sústavy novorodenca. Túto skutočnosť mnohí odborníci takto nechápu, a preto tento správny postup nevedia doceniť. Plintovič ďalej hovorí: „V systéme rooming-in je dieťa od

narodenia pri matke, vo dne ale aj v noci. Ošetrovateľský personál, sestry, lekári jej radia, pomáhajú, nenútiť ani dieťa ani matku prispôbovať sa tradičnému nemocničnému režimu. Na pravidelnosť ešte bude čas.“

V systéme rooming-in pomáhame matke podľa jej potreby, poučujeme ju a pripomíname všetky poznatky o materskom mlieku, o ktorých počula v poradni pre matky, poučíme ju o tom, aké dôležité sú pre rozvoj mliekotvorby práve tieto prvé dni po pôrode.

Vo svojej podstate rooming-in znamená úplný rozvrat zabehaného ústavného režimu. Ale to je práve cieľom, aby sa matka necitila ako „v špitáli“ – ale ako doma, obklopená ona i dieťa dobrými a starostlivými členmi rodiny, ktorí jej splnia všetko, čo je vidia na očiach, a ktorým ona maximálne dôveruje. Získať si takúto dôveru nemusí byť v ústavnej starostlivosti také jednoduché. Ak lekár, či sestra splní svoju povinnosť na pôrodnej sále, a tým prestal aj jeho záujem o matku a dieťa (nech sa teraz starajú druhí), správa sa ako štafetový bežec, ktorému nezáleží na konečnom výsledku.

V súčasnosti, vzhľadom na nové rizikové faktory, akými sú civilizačné choroby, je význam a zmysel tejto iniciatívy SZO/WHO a UNICEF ešte naliehavejší.

Na prvý pohľad by sa zdalo, že ide len o „módny trend“ v ústavnom pôrodníctve. V skutočnosti ide o snahu napraviť vážne omyly v medicínskej praxi, kedy často v dobrej snahe pomôcť rodičke i dieťaťu sme narobili mnoho chýb a omylov, ku ktorým sa treba v prvom rade priznať a potom čo najskôr a najlepšie sa s nimi vysporiadať.

Tieto poznatky a ešte ďalšie dôvody viedli SZO/WHO a detský fond OSN UNICEF k spoločnému prehláseniu na adresu pracovníkov zodpovedných za starostlivosť o matku a dieťa, ako *ochraňovať, presadzovať a podporovať dojčenie*.

Takto vznikla iniciatíva Baby friendly hospital (BFH), o štatút ktorej sa uchádza pracovisko splňajúce „desať rokov“ tohoto projektu, ktorý by mal byť cieľom všetkých pôrodníc na Slovensku. Ako prvé ho majú od roku 1996 Banská Bystrica a Poprad (Čulík, J., 1998, s.31).

Postupne zodpovední pracovníci jednotlivých gynekologicko-pôrodnických oddelení na Slovensku si uvedomujú výhody, prednosti spomínaného systému. Príkladom je napríklad gynekologicko-pôrodnické oddelenie v Bardejove, kde sme realizovali prieskum. V Bardejovskej nemocnici v čase prieskumu v roku 2000 systém rooming-in nebol zavedený. Mapovali sme spomínanú problematiku výhody, prípadne nedostatky a informovanosť matiek o takejto možnosti. Podobný prieskum sme robili aj v Nemocnici s poliklinikou v Poprade, kde tento systém funguje od roku 1996. Získané výsledky sme porovnávali.

Ciel prieskumu

1. Prostredníctvom dotazníka mapovať problematiku systému rooming - in u vybranej vzorky respondentov.
2. Sledovať vedomosti o systéme rooming-in.
3. Zistiť výhody systému rooming-in.
4. Zistiť nedostatky systému rooming-in.
5. Zistiť, s ktorou oblasťou v starostlivosti o novorodenca majú matky problém.
6. Sledovať, čo by matky navrhovali zmeniť, prípadne vylepšiť v starostlivosti o dieťa

a matku počas hospitalizácie.

7. Porovnať odpovede vzoriek respondentov z NsP Bardejov a Poprad.

Stanovené hypotézy

- Matky hospitalizované v NsP Poprad, kde je zavedený systém rooming-in sa budú cítiť lepšie ako matky hospitalizované v NsP Bardejov, kde rooming-in nie je zavedený.
- Staršie matky s nižším vzdelaním budú mať vedomosti o systéme rooming-in.
- Matky, ktoré majú skúsenosti so systémom rooming-in, ho budú častejšie odporúčať svojim priateľkám a známym, ako matky, ktoré so systémom rooming-in nemajú skúsenosti.
- Prvorodičky a mladšie matky nebudú mať dostatočné vedomosti o tom, ako sa majú starať o svoje dieťa.
- Čím su matky mladšie a vzdelanejšie, tým viac budú potrebovať pomoc s kúpeľom novorodenca a dojčením.
- Matky sa budú chcieť starať o svoje dieťa aj v noci po 24 hodinách po pôrode.

Metodika prieskumu

Prieskum sme robili s dvoma súbormi respondentov. Prvý súbor tvorilo 76 respondentiek (ženy šestonedielky), ktoré boli hospitalizované v nemocnici s poliklinikou v Poprade, kde je zavedený systém rooming-in. Druhý súbor tvorilo 68 respondentiek (ženy šestonedielky), ktoré boli hospitalizované v nemocnici s poliklinikou v Bardejove, kde rooming-in nie je. Prieskum bol robený v januári a februári v roku 2000. Výber respondentov nám umožnil porovnať názory matiek na využívanie systému rooming-in po narodení dieťaťa a zistiť nedostatky v starostlivosti o ženu a dieťa počas hospitalizácie.

Na získanie a porovnanie údajov sme zvolili dotazníkovú metódu. Dotazník pozostával zo zatvorených a otvorených otázok, bol rozdelený na dve časti. Prvými štyrmi otázkami sme charakterizovali vzorku respondentov. Druhú časť tvorili otázky zamerané na problematiku systému rooming-in. Dotazník obsahoval úvod, v ktorom sme sa prihovorili respondentom, vysvetlili význam dotazníka a stručne charakterizovali, čo je rooming-in a samozrejme sme ich ubezpečili o zachovaní anonymity. Dotazníky sme odovzdali vrchným sestram gynekologicko-pôrodnického oddelenia v Poprade a v Bardejove, ktoré ich potom rozdávali matkám. Návratnosť dotazníka bola 90%. Dotazníky sme vyhodnotili v percentách a zaokrúhlili s presnosťou na jedno desatinné číslo.

Výsledky prieskumu

Výsledky prieskumu sa jednoznačne potvrdili v prvých troch hypotézach. Matky hospitalizované v systéme rooming-in sa cítia lepšie ako matky, kde tento systém zavedený nie je. (NsP Bardejov) Prieskum ďalej potvrdil, že matky s nižším vzdelaním a staršie majú menej vedomostí o systéme rooming-in v porovnaní s matkami mladšími a s vyšším vzdelaním. V NsP Bardejov, kde rooming-in zavedený nie je, sú vedomosti o tomto systéme nižšie. Matky, ktoré majú skúsenosti so systémom rooming-in, ho častejšie odporúčajú svojim priateľkám a známym. Stanovená štvrtá hypotéza sa potvrdila čiastočne – nielen

prvorodičky, ale aj viacrodičky rady príjmu odborné rady detských sestier. Piata hypotéza sa nepotvrdila. Zaujímavé bolo zistenie, že v NsP Poprad, kde rooming-in zavedený je, viacrodičky a vzdelanejšie matky majú stále problém so starostlivosťou o novorodenca, rovnako ako mladé matky a s nižším vzdelaním v NsP Bardejov, kde rooming-in nie je. Vysvetľujeme si to tým, že vyšší stupeň vedomostí matiek v NsP Poprad, je niekedy spojený so zvýšenými obavami o zdravie dieťaťa. Ďalej sme tento problém neskúmali, ale chceme ho verifikovať. Posledná hypotéza sa tiež potvrdila. Väčšina matiek chce mať svoje dieťa pri sebe už po 24 hodinách po pôrode.

Záver

Príchod nového člena rodiny je vždy veľkou a dlho očakávanou udalosťou. V súčasnosti je mnoho literatúry, ktorá slúži ako pomôcka pre matku a každého, kto sa o dieťa stará, ale informácie ošetrojúceho personálu su neoceniteľné. Pokrok stále ide dopredu a tak sa môžeme pochváliť, že rooming-in našiel svoje miesto aj v Bardejovskej nemocnici, v ktorej už funguje niekoľko mesiacov a s veľmi dobrou odozvou.

Bibliografické odkazy

1. ČULÍK, J. A KOL.: *Laktačný program – prevencia civilizačných chorôb*. Banská Bystrica, Trian, 1998.
2. CHOVANCOVÁ, D.: Čo trápi našich najmenších. *Dieťa*, 1998, č.5, s.8.
3. CHOVANCOVÁ, D.: Prvé dni života. *Dieťa* 1998, č.6, s.6.
4. KLIMOVÁ, A.: *Kojení dar pro život*. Grada publishing, 1998.
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995.
6. KUČHTA, M.: Jako dlho má dieťa spať. *Dieťa*, 1998, č.5, s.6.
7. ŠEBANOVÁ, D.: Deti ako dlaň. *Dieťa* 1998, č.6, s.34.
8. ŠEBANOVÁ, D.: Materstvo ma urobilo šťastnou. *Dieťa* 1999, č.6, s.38.
9. ŠTÚR, I.: Dieťa v nemocnici. *Dieťa* 1998, č.6, s.24.
10. ŠVEJCAR, J.: *Péče o dítě*. Avicenum, Praha, 1985.
11. WARD, B.: *Starostlivosť o dieťa 0-3 roky*. Osveta, Martin, 1996.

Mgr. Terézia Fertal'ová
Prešovská univerzita
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovatel'stva
Sládkovičova 36
081 16 Prešov
Slovenská republika
e-mail: terka.fert@pobox.sk

MÝTY A RITUÁLY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI, SOUČASNÉ POJETÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Karolína Friedlová

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetřovatelství, Ostrava

Ošetřovatelství oslaví brzy 100 let od prvního ošetřovatelského výzkumu, provedeného v roce 1907 v USA. Proč musí být ošetřovatelská péče podpořena vědeckými studiemi? Legislativně totiž nelze poskytovat jinou péči než takovou, která stojí na pevných vědeckých základech. **Kvalita ošetřovatelské péče se měří dle změn stavu pacienta, kterých nastalo ošetřovatelskými intervencemi.** (Bienstein, 2002)

Vztah ošetřovatelství k jiným vědním disciplínám, k medicíně a antropologii je velmi úzký, bez vědeckých poznatků z těchto vědních oborů by současný ošetřovatelský výzkum nemohl podepřít mnoho svých vlastních vědeckých výzkumů v oblasti ošetřovatelství.

Ošetřovatelská péče je jedna z povolených forem poškození těla. Nejen operace, injekce, ozařování a každý diagnostický léčebný zákrok, ale také ošetřovatelské intervence jako např. převaz rány, či polohování, jsou legislativně vnímány jako tělesné poškození, neboť se jedná o **zásah do tělesné integrity** (Dassen, 2000). Co ale ošetřovatelskou péči odlišuje od skutečného tělesného poškození, je důvod lékařské indikace a svolení osoby, které se zákrok týká. Nic by se nemělo s pacientem dít bez těchto předpokladů. Jen svolení pacienta ve spojení s předložením lékařské indikace odebírá „ošetřovatelskému poškození těla“ právní charakter. Plnohodnotné svolení pacienta ale předpokládá jeho znalost důvodu, významu a dosahu plánovaných diagnostických, terapeutických či ošetřovatelských intervencí.

V roce 1998 započali studenti oboru Ošetřovatelství-pedagogika na Berlínské Humboldtově Univerzitě s výzkumným projektem, ve kterém problém vztahu mezi pacientovou autonomií a ošetřovatelskými intervencemi řešili (Dassen, 2000). Projekt trval tři roky, a to pod vedením Evropské komise. Na projektu participovala University of Turku z Finska, University of Stirling ze Skotska, National and Kapodistrian University of Athens z Řecka a Escola Universitaria D`infermeria de Sant Pau z Barcelony. Výzkum se zabýval tzv. privátní sférou pacienta, jeho autonomií a informovaným souhlasem.

Výzkum měl tyto cíle:

- zlepšit kvalitu péče
- vytvořit vědeckou předlohu pro zpracování mezinárodního standardu
- popis a analýza pojmu „pacientova autonomie“ a „privátní sféra“ během ošetřovatelských intervencí v zúčastněných zemích
- identifikace rozdílů a shod mezi zúčastněnými zeměmi v pacientově autonomii a privátní sféře během ošetřovatelských intervencí
- vystihnout problémy v oblasti pacientovy autonomie a privátní sféry
- rozvoj studijních programů pro ošetřující a jiné osoby zaměstnané ve zdravotnictví

Legislativně má pacient nárok na takovou péči, která vychází ze současných vědeckých poznatků. Proto nelze v dnešní době nadále poskytovat péči bez současné stimulace pacientovy percepce neboli takzvanou péči **konzervační**. Naproti tomu při **péči stimulační** musí být každá ošetřovatelská intervence spojena s alespoň minimální stimulací některého z pacientových smyslů. Každý člověk má nárok na to, aby mu byly poskytovány minimálně

takové stimuly, jakých se mu dostávalo v době před onemocněním či úrazem, čili v době, než se nám svěřil do péče (Bienstein, 2002). Tak jako každé narozené dítě, narodí-li se jakkoli postižené musí od svého okolí obdržet minimálně takových stimulů, jakých se mu dostávalo intrauterinně (Fröhlich, 1998).

Současné ošetřovatelství integruje do péče dle stavu a momentální situace pacienta různé koncepty. Denně ale a u většiny ošetřovatelských činností, spojených se základní ošetřovatelskou péčí užíváme konceptu Bazální stimulace a Kinestetiky. Integrujeme také koncepty Bobath, Afolter a jiné. A nemohu v současné době migrace nepřipomenout také transkulturální ošetřovatelství.

Nejedná se o metody, ale koncepty a je potřeba si uvědomit rozdíl ve významu těchto dvou pojmů. Metoda je něco, co je pevně dáno a definováno. Koncept je otevřený a stále se vyvíjí. Dovolím si citovat filozofa Janacha: „Nebezpečné jsou ty věci, které jsou definované...“

Mýty a rituály, které v ošetřovatelské péči u nás stále přetrvávají zasahují nejen do technik prováděné ošetřovatelské péče, ale i do skladby a rytmu ošetřovatelského dne a do autonomie a individuality pacienta.

Každý člověk je jedinečná, neopakovatelná bytost. Jaký to má ale vztah k ošetřovatelství? Abychom mohli pacientovi poskytnout skutečně individuální a osobní ošetřovatelskou péči, musíme znát jeho návyky a denní rituály. Tyto informace získáme kvalitní autobiografickou anamnézou, která by ale měla být v tomto smyslu koncipována. Je do ní tedy i třeba zahrnout rituály pacienta a věci, které jsou mu nepříjemné a naopak.

Dalším rituálem je rytmus dne v nemocnicích. Například problematika ranního buzení a ranních toalet, které musejí být vykonány do vizity, tedy 7. hodiny ranní. Jak může být takováto hygienická péče kvalitní a pro pacienta zážitkem poskytujícím mu dostatek stimulů, když musí ranní směna umýt 30 pacientů na ošetřovatelské jednotce do 7.00 hod. Také ne všude je dnes umožněna trvalá přítomnost příbuzných u lůžka nemocného, zvláště tam, kde to zdravotní a především psychický stav nemocného vyžaduje, zvláště oddělení neonatologické JIP, dětská oddělení a oddělení intenzivní péče a ARO. Pacienti hospitalizovaní na těchto odděleních potřebují co největší dostatek stimulů. Jejich příbuzní, kteří je a jejich návyky znají nejlíp, jim mohou poskytnout nejintenzivnější stimulaci paměťových drah, a to svou přítomností. Poskytují také pocity jistoty, bez nichž by nebylo možné docílit snížení spasticity a jiných nežádoucích reakcí u pacienta. Jsou zde ovšem výjimky, které nastaly po revoluci ve většině českých nemocnic. Po vzoru jiných zemí jsme zavedli přítomnost tatínků či jiné blízké osoby u porodu. Zrození dítěte, počátek nového života je tím nejkrásnějším okamžikem pro rodiče, a tak jsme konečně umožnili otcům být u toho. Ale umožnili jsme našim pacientům a jejich příbuzným, aby i na opačném konci své životní cesty, tedy u umírání mohli být spolu? Bylo by nám příjemné, kdyby náš nejbližší umíral v nemocnici a my museli po ukončení návštěvní doby opustit jeho lůžko, odejít domů a doufat, že umře zítra až k němu opět budeme moci jen v době návštěv? Výčitky, že jsme ho nedoprovodili, nebyli u něj na jeho poslední cestě nás mohou traumatizovat po celý život.

Koncept Bazální stimulace vychází z poznatků vývojové antropologie, neonatologie a prenatalní psychologie, a sice z poznatků o prenatalním vývoji embrya a plodu, především vývoji jeho smyslových orgánů a schopností vnímat, ale také jeho schopností lokomoce a komunikace s matkou a okolím (Fröhlich, 1998). Autorem konceptu je německý odborník v oblasti speciální pedagogiky Prof. Andreas Fröhlich. Koncept vychází z myšlenky, že „život je možný jen ve vztahu“ a umožňuje pacientům, ať již se nacházejí v jakémkoli stavu,

opět si uvědomovat sebe sama, své tělo, své okolí a s ním také navázat vztah na určité komunikační úrovni a následně tak posílit schopnost lokomoce. Do ošetrovatelské péče o dospělé převedla koncept zdravotní sestra Prof. Christel Bienstein, vedoucí Katedry ošetrovatelství na Univerzitě ve Witten/Herdeke. Tento koncept může být použit u všech pacientů, zvláště se osvědčil u pacientů v bezvědomí, u pacientů na řízené plicní ventilaci, hemiplegických pacientů, dezorientovaných, pacientů somnolentních, pacientů s Morbus Alzheimer a u lidí ve vigilním komatu. Včasná stimulace má u těchto pacientů obrovský význam. Začíná ve výchozím bodě vnímání, na bázi (bazální) a sestává se z dráždění a probuzení smyslů (stimulace). Vychází z poznatků vývojové antropologie, a sice z poznání, že vnímání somatické, vestibulární a vibrační je plně vyvinuto již v devátém týdnu prenatalního vývoje. Ostatní vnímání, a sice optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální dozrává následovně a některé smysly pak ještě určitou dobu po narození (např. zrak).

Bazální stimulace využívá mnoho vlastních technik a tréninkových programů, kterými u pacienta dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní (Fröhlich, 1998). Všechny tyto stimulační intervence se odvíjejí od dokonalé znalosti pacientovy biografie. Nejedná se o „péči o nemocné“, ale o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit se životní situaci postiženého a poskytnout mu v jeho aktuální životní situaci vhodné stimuly. Stimulací jednotlivých lidských smyslů dochází ke znovupodněcování příslušných nervových komplexů, dochází k vyvolání vzpomínek, jež poskytují nervovému systému nové impulsy, které pomáhají stimulovat rehabilitaci a vlastní organizaci mozku (Pickenhain, 1998). Tato cílená stimulace je ale možná jen na základě **získané kvalitní autobiografické anamnézy pacienta a integrace příbuzných do péče.**

Dalším ošetrovatelským konceptem, který využívá vědeckých poznatků jiných vědeckých disciplín je **koncept Kinestetiky**. Kinestetika je popis lidského pohybu a funkcí. Pohyb a mobilizace pacienta dle kinestetických principů působí pozitivně na všechny vitální funkce, na kvalitu spánku, na vnímání bolesti a na celkovém pocitu pacienta a ošetřujícího. Autory konceptu jsou terapeuti Hatch a Maietta z USA. Koncept umožňuje zvýšit pohybovou schopnost a koordinaci a **redukuje fyzickou zátěž ne jen u pacienta, ale také u ošetřujícího personálu** (Bienstein, 1995). Pohyb a mobilizace jsou pro nemocné lidi základní potřebou a absolutní předpokladem pro jejich uzdravení. Každá mobilizace má anatomické, fyziologické a sociální aspekty. Všechny tři úrovně jsou ovlivňovány pohybovou schopností pohybového aparátu. Vnitřní orgány a orgánové systémy jsou závislé na metabolických pochodech spojené s aktivním pohybem kosterního svalstva. Kinestetická mobilizace neznamená jen změny polohy, ale je prostředkem, jak integrovat do ošetrovatelských intervencí aspekt pohybu, aby z takovéto péče mohl pacient profitovat v oblasti zdraví, funkcí a sociálních vztahů.

Bobath koncept je celosvětově uznávaný koncept nejen pro zacházení s dětmi, které vykazují cerebrální poruchy pohybu, ale také s dospělými, kteří jsou následkem CMP nebo jiného těžkého onemocnění mozku postiženi ochrnutím či spasticitou. To, že tato forma terapie je použitelná u dětí i dospělých, má dva důvody. A sice u dítěte se jedná o přípravu pro zvládnutí motorického vývoje, u dospělých o opětovné dosažení těchto vývojových stádií po poškození mozku (Bienstein, 1995).

S myšlenkou tohoto konceptu přišla ve 40. letech 20. století Berta Bobath (fyzioterapeutka), a to během své práce s pacienty po mozkových cévních příhodách. Integrovala poté koncept

do péče o děti s cerebrální pohybovou poruchou. Její manžel Karel Bobath (neurolog) současně její poznatky zpracovával ze strany neurofyziologie.

Při rozvoji společného konceptu nešlo Bobathovým o zprostředkování nějaké techniky, nýbrž o **zprostředkování analýzy schopností postiženého dospělého nebo dítěte**. Tato přesná zjištění na základě zmíněných analýz **umožňují individuální terapii**.

Spasticitou rozumíme vysoké svalové napětí, které se týká mnoha svalů a znemožňuje tak postiženému plynulý pohyb. Pokud se ji postižený pokouší potlačit, nedojde k její redukci, nýbrž prohloubení. Většinou je tento stav doprovázen bolestí.

Spasticitu vyvolávají:

- špatné polohování
- úlek vyvolaný prudkou změnou polohy při polohování, hektickým dotekem, hlasitým oslovením, atd.
- přetažení
- strach
- emocionální napětí, např. u inkontinence
- stres
- vztek

Spasticita se vytváří od prvního dne postižení a to také díky špatnému polohování či špatným a nefyziologickým pohybovým vzorům. Základem konceptu jsou **inhibice spasticity a patologických pohybových vzorů a reflexů** a **facilitace (usnadnění) fyziologických pohybových vzorů a reflexů**. Dle Bobath konceptu je důležité tvořit správné pohybové vzory a ty také trénovat. Nepřípustné jsou kompenzační a špatné pohybové vzory (Engelmaier, 2001).

Předpoklady pro užití zmíněných konceptů v praxi:

1. Do konceptu musí být integrováni kromě postiženého také příbuzní, přátelé a celý terapeutický tým, sestávající se z ošetřujících, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopédů a lékařů

2. Konzultace a dohoda všech zainteresovaných na postupu a cíli

3. Nejsou analyzovány deficity, nýbrž schopnosti. To znamená, že všichni, kteří pracují s postiženými, musí mít znalosti, jak pacientovy zachovalé schopnosti rozvíjet. Tato analýza musí proběhnout ve spolupráci s celým terapeutickým týmem. Vnímání postižené části těla musí být stimulováno od prvního dne postižení.

Současná ošetrovatelská péče musí být pro pacienta zážitkem poskytujícím mu pocity jistoty, dostatek stimulů a navozující pro něj vhodný způsob komunikace.

Jak již jsem zmínila ošetřující musí mít vždy na paměti, že jakákoli psychická zátěž u pacienta (stres, obavy, strach, pocity nejistoty) a hektické zacházení s ním vyvolávají zvýšení spasticity. Proto nelze při poskytování ošetrovatelské péče:

- jakkoli psychicky traumatizovat pacienty (např. znemožněním návštěv, přítomnost blízké osoby, nedostatek informací, či bez informace začít jakoukoli ošetrovatelskou činností u pacienta)
- jakkoli hekticky zacházet s pacienty, např. rychlé a do extrému vyvedené polohování

- neposkytnout dostatek stimulů
- neposkytnout dostatek intimity a soukromí

V této souvislosti musím zmínit mýty, které panují:

1. Na nočním stolku nesmí být nic jiného než sklenice a emitní miska. Prioritou je uklizený pokoj a prázdné noční stolky, ne stimuly. Stimuly jsou jakékoli pacientovi známé předměty donesené rodinou umístěny do jeho zorného pole. Tyto mu nemusí poskytovat jen zrakové stimuly, ale i olfaktorické, taktilně-haptické, sluchové. Přítomnost těchto předmětů umožňuje postiženému stimulovat paměťové dráhy a tím napomoci rehabilitaci mozkové tkáně. Naopak jejich nepřítomnost způsobuje psychickou deprivaci a retardaci.
2. Během toalety nemůže ošetřující položit do postele umývadlo s vodou a většinou ani jiné předměty. Pacient by měl vidět všechny pomůcky používané během toalety, aby si mohl uvědomit a zpracovat všechny informace, které mu toaleta poskytuje. Pomůcky nejsou zdrojem infekce.
3. Pacient musí být polohován co dvě hodiny. Komise odborníků, která vypracovávala národní standart pro dekubity ve SRN prokázala, že použije-li se jakákoli hodnotící škála pro riziko vzniku dekubitů, sníží se toto riziko o 50%. Pravidelné dvouhodinové polohování není nutné provádět rutinně u každého pacienta. Časnost polohování stanoví po vyhodnocení všech kritérií ošetřující tým (Bienstein, 2002). Je nutné také zmínit, že jakékoli rychlé a nešetrné polohování zvyšuje spasticitu. Upouští se od výrazu polohovací plán a tento je nahrazen pojmem **pohybový plán**. I sebemenší a šetrná změna polohy vede k přesunu tlaku na jiné místo a přitom uchrání pacienta od zvýšení spasticity, kterou mohou vyvolat velké pohybové změny. Tyto nepatrné, ale účinné změny pacientovy polohy se nazývají **mikropolohování** (Bienstein, 2002). Vhodné je u dlouhodobě ležících pacientů zařadit před manipulaci s těmito pacienty stimulaci vestibulárního aparátu.
4. **Ruce ošetřujícího personálu** jsou nejdůležitějším médiem, **zprostředkovávají** mnohdy pacientovi **nejvíce informací o vlastním těle a o okolí**, jsou tedy zdrojem největšího počtu stimulů, kůže je největší percepční orgán těla. Záleží tedy na tom, jak se pacienta dotýkáme a jaké informace a stimuly mu tím poskytujeme. **Ruce jsou také přenašeči infekce a ne předměty či rodina umístěné do okolí pacienta**, ti jsou naopak zdrojem žádoucích stimulů. Proto je třeba znát dokonale zásady dezinfekce rukou a bariérové péče, abychom věděli, které stimuly můžeme pacientovi umožnit, aniž bychom ho ohrozili infekcí.

Cíle současného ošetřovatelství (Bienstein, 2002):

1. Umožnit život a doprovázet životem
2. Umožnit pocítit vlastní tělo
3. Umožnit pocit jistoty a budovat důvěru
4. Rozvíjet vlastní rytmus pacienta
5. Umožnit pacientovi poznat okolní svět a utvářet život
6. Pomoci mu uspořádat jeho vztahy
7. Umožnit mu zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Poskytnout autonomii

Poznatky vědy ošetřovatelství nevyužívá jen v těchto koncepčních modelech, ale také **v lokalizaci nábytku, lůžek a jiných pomůcek do okolí pacienta**. Řeší zvedání, transport a hygienu nemocného tak, aby byla co nejvíce zachována pohyblivost pacientů či obyvatel ústavů a bylo jim umožněno se aktivně podílet na aktivitách všedního dne. Vše však musí

být zároveň prováděno způsobem, který snižuje námahu personálu. Dostatek místa, vhodné mechanické pomůcky a správné pracovní techniky (používání zmíněných ošetrovatelských konceptů) jsou rozhodujícími faktory pro pohyblivost a vnímání pacientů, a tím i celý proces péče. Propojení mezi pozitivními účinky na pacienty a pozitivními účinky na ošetrovatele se jasně odráží v kvalitě péče.

Bibliografické odkazy

1. BIENSTEIN, CH. *Handbuch Pflege*. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, 1. Auflage 1995. ISBN 3-910095-25-9
2. BIENSTEIN, CH. nepublikovaná přednáška Univerzita Witten/ Herdeke, 22.11. 2002, Horn, Rakousko
3. DASSEN, T., BANSEMIR, G. Patientenautonomie und pflegerische Intervention. *Heilberufe* 52, Heft 1/ 2000, S. 14
4. ENGELMAIER, S., WEISS, I., ZELLNER, A., ZIMMERMANNH, E. *Die Verlorene Hälfte, Patienten mit Hemiplegie*. Waldviertel Klinikum Horn, 2001
5. FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998, ISBN 3-910095-31-3
6. PICKENHAIN, L. Basale Stimulation. *Neurowissenschaftliche Grundlagen*: Düsseldorf, Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998, ISBN 3-910095-32-1
7. SCHÄFFER, A. *Pflege heute*. Urban u. Fischer Verlag München, 2000, ISBN 3-437-55030-6

Bc. Karolína Friedlová
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Karolina.Friedlova@osu.cz

KOMBINOVANÉ STUDIUM FORMOU E-LEARNINGU VE STUDIJNÍM PROGRAMU OŠETŘOVATELSTVÍ

Pavla Holešinská, Lenka Špirudová, Rudolf Kudla

Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Olomouc

Souhrn

V listopadu roku 2002 jsme podali přihlášku do výběrového řízení do Programu na podporu a rozvoj vzdělávací činnosti veřejných vysokých škol pro r. 2003. Projekt nese název „Kombinované studium formou E-learningu ve studijním programu Ošetrovatelství“. Tento projekt volně navazuje na Rozvojové programy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále jen MŠMT ČR) z roku 2002:

56/2002 Bakalář ošetrovatelství - všeobecná sestra (kombinovaná forma profesní přípravy se zařazením do celoživotního vzdělávání)

57/2002 Bakalářský studijní program oboru ošetrovatelství - porodní asistentka (kombinovaná forma profesní přípravy se zařazením do celoživotního vzdělávání).

Projekt byl přijat jako součást integrovaného celouniverzitního projektu, v současné době čekáme na přidělení poměrné finanční částky.

Projektový záměr

- Do roku 2005/2006 připravit kvalifikační bakalářský studijní program Ošetrovatelství (studijního oboru všeobecná sestra, studijního oboru porodní asistentka) v kombinované formě studia, E-learningovým systémem studia.
- Postupně během těchto let vytvořit multimediální studijní opory v podobě E-learningu (studijní texty, DVD projekce, interaktivní speciální software, zkušební úkoly atd.).
- Umožnit přístup ke studiu, v programu Ošetrovatelství, většímu počtu zájemců.

Klíčová slova

E-learning, projekt, program Ošetrovatelství, ošetrovatelské disciplíny, multimediální studijní opory, software

Úvod

Systém ošetrovatelské péče v České republice prochází zásadní transformací. Mezinárodní podmínkou pro základní kvalifikaci sestry je bakalářská úroveň vzdělání, proto sestry z praxe cítí velkou potřebu se dozdělat v rámci kombinované formy studia. Každoročně je na LF UP k přijímacímu řízení přihlášeno 6–8× více zájemců, než kolik může LF UP k řádnému studiu přijmout. Stejná situace je také na jiných vysokých škol, které ošetrovatelské studijní programy realizují.

V letošním roce proto podala Lékařská fakulta UP v Olomouci projekt do Programu na podporu a rozvoj vzdělávací činnosti veřejných vysokých škol. Název projektu „Kombinované studium formou E-learningu ve studijním programu Ošetrovatelství“, jehož součástí je i tvorba multimediálních studijních opor (jednou z podmínek pro akreditaci a reakreditaci kombinované formy studia oboru ošetrovatelství je právě vytvoření těchto opor). Projekt je naplánován do konce roku 2005. Spoluřešiteli projektu jsou Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Předpokládaný počet pracovníků podílejících se na řešení projektu činí cca 23–30 pracovníků, kteří se budou podílet na tvorbě E-learningových studijních opor.

V roce 2002 v rámci již zmíněných přijatých projektů [5, 6] byly započaty tyto činnosti:

- sestaven tým řešitelů ze tří univerzit v ČR (Olomouc, Hradec Králové, Ostrava) a jeho rozšíření o zájemce z neuniverzitní vysoké školy z Plzně
- vypracován návrh modulové struktury studijních plánů pro obor všeobecná sestra a porodní asistentka - obecně i pro podmínky LF UP (kompatibilní s EU)
- vyškolená první skupina univerzitních pedagogů v oblasti psaní E-learningových textů a pro práci s LMS UNIFOR 2,0
- rozhodnuto o zakoupení LMS Unifor 2,0 a zřízení serveru pro E-learning na LF UP
- vypracován návrh rámcové struktury studijních programů oboru všeobecná sestra a porodní asistentka, plány na organizaci studia - modulový a kreditový systém studia
- zpracován návrh na přiblížení stávajícího akreditovaného studijního programu struktury distančního vzdělávání (kurz – modul – disciplína)
- u oboru porodní asistentka byl vypracován návrh struktury kombinované formy studia
- byly identifikovány studijní disciplíny vhodné pro E-learning v obou studijních oborech
- připraven "Projekt rozvoje pro MŠMT ČR" na roky 2003-2005 pro tvorbu E-learningové formy multimediálních studijních opor pro stávající kombinované formy studia oboru všeobecná sestra [4]
- vytvořena vize dalšího rozvoje v oblasti profesního vzdělávání sester a porodních asistentek (E-learning v cizojazyčných mutacích – podpora mezinárodní studentské i profesionální mobility v oboru ošetrovatelství)
- zpracována vize a plán tvorby elektronické podoby dokumentování ošetrovatelského procesu pro potřeby výuky (tvorba asistenčního interaktivního softwarového programu). Byla zahájena práce na 1.části dokumentace – ošetrovatelské hodnocení pacienta (ošetrovatelská anamnéza)
- systematicky je připravováno prostředí na LF UP pro implementaci E-learningu do výuky v oboru Bc. ošetrovatelství a porodní asistentka (např.: rekonstrukce a modernizace posluchárny na Neurologické klinice včetně instalace 10 PC s připojením na Internet atd.).

Cíl projektu

- Příprava podmínek pro realizaci E-learningu v kombinované formě studia oboru všeobecná sestra a porodní asistentka
- Vzdělání univerzitních pedagogů ošetrovatelského studijního programu v oblasti E-learningu
- Vytvoření multimediálních studijních opor pro kombinovanou formu studia v programu ošetrovatelství - splnění nutné podmínky pro akreditaci a reakreditaci této formy studia

Plán projektu

- zakoupení (pronájem) a instalace LMS UNIFOR 2,0 na LF UP v Olomouci a jeho zpřístupnění spoluřešitelům
- vyškolení dalších skupin vysokoškolských pedagogů z participujících univerzit
- realizace prvních kurzů pro vyškolení tutorů
- práce na studijních disciplínách ve formě E-learningových textů
- práce na tvorbě softwarového asistenčního interaktivního programu pro studijní disciplíny Ošetrovatelský proces a Ošetrovatelské praxe LF UP Olomouc
- školení VŠ pedagogů pro výkon funkce tutora, manažera, administrátora na každé participující univerzitě
- realizace připravených E-learningových studijních disciplín v praxi
- evaluace práce na projektu, její vyhodnocení a implementace závěrů do praxe
- publikování výsledků projektu

Asistenční interaktivní software

V loňském roce jsme zahájili práci na tvorbě multimediální studijní opory - asistenčního interaktivního software pro potřeby výuky studijních disciplín Ošetřovatelský proces, Ošetřovatelský proces u vybraných chorob a Ošetřovatelská praxe v rámci E-learningové formy studia oboru Ošetřovatelství.

V první verzi software zpracováváme problematiku prvních dvou fází ošetřovatelského procesu – zhodnocení stavu klienta (ošetřovatelská anamnéza) a stanovení ošetřovatelských diagnóz. V dalších verzích systému se pak chceme věnovat následujícím třem fázím – plánování, realizaci a vyhodnocení.

Cíl tvorby asistenčního interaktivního software

Tento asistenční interaktivní software se stane spolu se systémem LMS UNIFOR 2,0 součástí E-learningových studijních opor.

Cílem implementace asistenčního interaktivního softwaru do ošetřovatelského procesu a ošetřovatelské praxe studentů je:

- efektivnější výuka ošetřovatelského procesu
- zkvalitnění ošetřovatelské dokumentace užívané ve výchovně vzdělávacím procesu a její sjednocení
- zkvalitnění výuky v oblasti operativního využívání formální ošetřovatelské terminologie (NANDA) v sesterské praxi
- zkvalitnění praxe studentů (zejména kombinovaných forem studia) oboru ošetřovatelství – součástí projektu je výběr a otestování vhodného mobilního hardwaru (PALM) pro ošetřovatelskou praxi s elektronickou formou vedení dokumentace
- pokus o implementaci asistenčního software (elektronickou formu dokumentování ošetřovatelského procesu) do klinické ošetřovatelské praxe v ČR. Tento software bude implementován po svém dokončení do LMS UNIFOR jako součást E-learningových studijních opor (řeší pouze LF UP Olomouc).

Systém pro výuku stanovení ošetřovatelské diagnózy

Formát programu

V současnosti uvažujeme o třech variantách programu. Samostatně běžící program distribuovaný například na CD, internetová varianta běžící na HTML serveru a malá aplikace pro kapesní počítače s PalmOS.

Varianta pro Palm je velice zajímavá v okamžiku, kdy anamnézu odebíráme třeba u lůžka pacienta a nemáme tak pochopitelně po ruce počítač. Takto můžeme údaje vložit do kapesního počítače a data pak do stolního počítače automaticky přenést, místo abychom je museli psát na papír a potom přepisovat ručně (Kudla, R., Holík, A.). Stejně tak můžeme mít neustále po ruce veškeré informace o každém pacientovi. Dá se předpokládat (soudě dle trendů například v USA), že v budoucnu budou zdravotnická zařízení své pracovníky podobnými zařízeními vybavovat. Proto je důležité připravovat se na edukaci také v této oblasti.

Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta (anamnéza)

Typy anamnéz. Systém rozlišuje tři základní typy anamnéz: ukázkovou, studijní, reálnou. U prvních dvou typů jsou pozměněny (vymyšleny) identifikační údaje klienta. Ukázkové

anamnézy jsou připravovány učitelem a obsahují komentáře (např. k metodám získávání informací). Studijní anamnézy jsou tvořeny studentem např. v rámci ošetrovatelské praxe. Reálná anamnéza se bude do systému zadávat v případě nasazení systému v klinické praxi. Ve výukové verzi programu nebudou reálné anamnézy (s konkrétními identifikačními daty klienta) obsaženy a nebude je tam ani možné zadat.

Různé pohledy na anamnézu. Uživatel bude moci anamnézu vyplnit pomocí různých typů formuláře (pohledů). Struktura formuláře může být ovlivněna různými faktory, jako např. výběrem koncepčního modelu, druhem onemocnění, věkem či stavem pacienta (schopnost komunikace). Pohledem na anamnézu je například také nestrukturovaný text. Pohled na anamnézu je možno libovolně přepínat a to i v průběhu vyplňování (např. pro případ, že jsme zpočátku nezvolili vhodný pohled).

Strukturovaný vstup. Naší snahou je, aby anamnéza byla co nejvíce strukturovaná. To je důležité nejen proto, že vyplňovat takovou anamnézu je rychlejší a snazší (vyžaduje to méně přemýšlení nad formulacemi), ale také počítač dokáže se strukturovanými daty daleko lépe pracovat. Navíc je to důležité také proto, že na kapesních počítačích se text zapisuje poměrně pomalu, zatímco zaškrtnout políčko, nebo vybrat některou z nabídnutých hodnot je velice rychlé.

Prohlížení databáze anamnéz. Databázi anamnéz bude možno procházet a anamnézy řadit a hledat podle různých kritérií.

Snadný návrh nového pohledu. Navrhnout nový pohled nebo upravit pohled existující bude moci nejen programátor, ale také zkušenější uživatel systému. Taková úprava bude relativně snadná (pohled se definuje v textovém souboru). Stejně snadno se budou moci přidávat nové položky do anamnézy. Tato flexibilita by nám měla umožnit snadno experimentovat s různými typy pohledů na anamnézu a zajišťuje možnost aktualizace anamnézy.

Nestrukturované předlohy. Pro studenty budou připraveny hotové nestrukturované anamnézy, které budou mít studenti za úkol převést do strukturované podoby. Součástí tohoto úkolu je také výběr nejvhodnějšího pohledu.

Odebrání anamnézy. Student se v rámci ošetrovatelské praxe naučí odebrat anamnézu přímo u konkrétního pacienta. Zde v budoucnu předpokládáme použití verze pro kapesní počítače Palm.

Provázání se studijními materiály. Ke každé položce anamnézy může být uveden odkaz na doplňující studijní text. Např. vysvětlení škál, normální laboratorní hodnoty a význam jejich odchylek, definice pojmů, standardní postupy atd.

Multikulturní ošetrovatelství. Na základě zadaného požadavku na informaci týkající se péče o lidi jiné kultury, subkultury, etnika atd. poskytne systém informace např. o rasové a endemicky podmíněných chorobách, o etnických, kulturních a sociálních specifikách, potřebách, projevech čímž by měl student získat schopnost lépe rozlišovat jevy etnické, kulturně determinované od sociálně patologických jevů, vyšší profesionální jistotu v péči o lidi jiné kultury, etnika či sociální vrstvy, umění lépe komunikovat a být citlivější ke specifickým potřebám a problémům klientů.

Koncepční modely. Různé pohledy na anamnézu by měly studentovi usnadnit pochopení koncepčních modelů (některé pohledy jsou na míru šity daným koncepčním modelům).

Databáze ukázkových anamnéz. Pro studenty jsou jako reference připraveny ukázkové anamnézy včetně vysvětlujících komentářů. (Toto se týká také úkolů s nestrukturovanými předlohami).

Dynamická úprava formuláře podle zadaných údajů. Na základě zadaných údajů se může pohled měnit. Nebude například nabízet některé položky anamnézy pro specifické typy pacientů (kojenec, těhotná matka, bezvědomí, psychiatrický pacient).

Diagnóza

Databáze problémů dle Kapesního průvodce zdravotní sestry (KAPR). Podařilo se nám navázat spolupráci s nakladatelstvím GRADA Publishing, s.r.o. Ošetrovatelské problémy uvedené v publikaci KAPR (Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., 2001), poskytnuté nakladatelstvím, slouží jako základ databáze problémů v systému.

Prohlížení databáze problémů. Uživatel si může volně prohlížet databázi problémů, hledat v ní, prohlížet ji rozříděnou dle zadaných kritérií.

Hierarchie problémů. Systém bude umět upozornit na hierarchické vztahy mezi problémy. Např. inkontinence je obecná varianta inkontinence stresové, funkční, urgentní atd. Při prohlížení popisu problému je na tuto skutečnost upozorňováno.

Ukázkové diagnózy. Studenti budou mít k dispozici sadu připravených, okomentovaných trojsložkových diagnóz (Problém – Etiologie – Symptom). Tyto diagnózy jsou pochopitelně spřaženy s ukázkovými anamnézami. Diagnózy mohou sloužit jako reference i jako zkušební příklady. Autor ukázkové diagnózy může doplnit informaci, proč byl jeden problém upřednostněn před jiným, či proč není daný problém aplikovatelný při dané anamnéze.

Identifikace problémů. Student z ukázkové či vlastnoručně odebrané studijní anamnézy analyzuje informace a identifikuje problémy. Student si musí pro formulaci ošetrovatelské diagnózy vybrat pro první část diagnózy z databáze problémů. U ukázkových diagnóz mu systém dovede poradit, které problémy vybrat a proč (na základě údajů definovaných autorem diagnózy).

Filtrování problémů. Systém se bude pokoušet inteligentně asistovat při výběru problému. Pokud to bude možné, budou stanovena kritéria, která budou v závislosti na hodnotách vyplněných v anamnéze stanovovat pravděpodobnost problému při dané anamnéze. Např. zvýšená teplota zvyšuje pravděpodobnost problému Hypertermie, Odolnost narušená, Tělesné tekutiny, deficit (izotonický) atd., systém nebude nabízet „kojenecké diagnózy“ u dospělého člověka atd.

Ošetrovatelský proces u vybraných chorob. Budou vytvořeny typické ukázkové diagnózy pro vybrané choroby. Ve vysvětlivkách těchto diagnóz bude brán zvláštní zřetel na vysvětlení problémů způsobených nejen onemocněním samotným, ale také jeho diagnostikou, léčbou a další péčí.

Oproštění od mechanických úkonů. V současnosti se musí při vypracovávání diagnózy řada údajů mechanicky přepsat (např. příčiny problému). Systém bude schopen uživateli nabídnout seznam možných příčin, příznaků atd., čímž autorovi diagnózy ušetří čas.

Závěr

Od E-learningového systému studia očekáváme díky vytvoření multimediálních studijních opor sjednocenou a rovnocennou studijní zátěž pro studenty prezenční i kombinované formy studia.

Od software očekáváme zefektivnění výuky stanovení ošetrovatelských plánů a prozkoumání možností zjednodušení stanovení a realizace těchto plánů v každodenní praxi zdravotního pracovníka [2].

Bibliografické odkazy

- [1] DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
- [2] HOLEŠINSKÁ, P., KUDLA, R. Práce na výukovém softwaru pro potřeby ošetrovatelství na LF UP v Olomouci. In. *Výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve - Zborník 5. medzinárodne vedecké konferencie o vzdelávaní v ošetrovatel'stve*. Martin: JLF UK, 2003 – v tisku.
- [3] KUDLA, R., HOLÍK, A. Questions. <http://www.questions.cz> (2003-19-02).
- [4] ŠPIRUDOVÁ, L. A KOL. *Projekt „Kombinované studium formou E-learningu ve studijním programu Ošetrovatelství“*. Evidenční číslo projektu: MŠMT ČR 305/1c/2003.
- [5] ŠPIRUDOVÁ, L. A KOL. *Závěrečná zpráva k projektu „Koncipování nového studijního programu bakalář ošetrovatelství – všeobecná sestra, kvalifikační studium, kombinovaná forma“*. Evidenční číslo projektu: MŠMT ČR 56/2002.
- [6] VRÁNOVÁ, V. A KOL. *Závěrečná zpráva k projektu „Bakalářský studijní program oboru ošetrovatelství – porodní asistentka“*. Evidenční číslo projektu: MŠMT ČR 56/2002.

Mgr. Pavla Holešinská
Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
e-mail: holesinp@tunw.upol.cz

PROBLEMATIKA PROPOUŠTĚNÍ PACIENTŮ VYŠŠÍHO VĚKU Z NEMOCNIC DO DOMÁČÍHO OŠETŘENÍ

Jana Holubová, Jiří Šimek

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

Každý z nás má někoho blízkého, kdo se řadí do skupiny starých lidí a byl někdy v nemocnici nebo kdykoliv může být. U starých lidí se předpokládá větší výskyt chronických onemocnění, kumulace chorob, komplikace. Akutní vzplanutí nemoci vede k nutnému pobytu v nemocnici. Nejednou dochází k atypickému průběhu onemocnění, k ohrožení života. Vysoký věk sebou přináší nejen problémy s vlastním onemocněním, ale dále provází pacienta následky chorob. Nemoci ohrožují soběstačnost nemocných, často je pacient postižen motorickými poruchami různého stupně, psychickými změnami. S chorobami a jejich následky je nucen žít.

Akutní zhoršení stavu přivádí nemocného do nemocnice. V nemocnici je člověk v péči celého zdravotnického týmu. Je o něj komplexně postaráno. Délka pobytu v nemocnici se však minimalizuje. Vlivem ekonomických tlaků a zdokonalováním diagnostických a terapeutických technik se zkracuje délka pobytu nemocného na akutních lůžkách jen na nejnnutnější dobu. Rekonvalescence pak probíhá v domácím prostředí. To přináší staršímu člověku mnohé obtíže. Starší člověk potřebuje více času na rehabilitaci a na návrat do stavu před pobytem v nemocnici. Na domácí prostředí se těší, ale provázejí ho i obavy, jak vše doma zvládne. Zdravotníci vědí mnoho o pacientovi při pobytu v nemocnici, chybí jim však zpětná informace, jak vypadá skutečná situace doma, jak zvládá svůj návrat domů.

Nemocnice zajistí pomůcky pro nemocného. Někdy je však potřeba také upravit domácí prostředí, učinit jej bezbariérovým, vybavit pomůckami. Zde vzniká prostor pro práci ergoterapeuta, který by měl zhodnotit úroveň sebekpěče, doporučit vhodné pomůcky, úpravy bytu. K tomu je však nutný čas. Revizní lékař navržené úpravy musí schválit, pak budou provedeny. S úpravami je tedy nutné začít už v průběhu hospitalizace.

Po odchodu domů, tíha chodu domácnosti a sebekpěče leží na nemocném. Na tuto situaci, na štěstí není sám. Může využít služeb domácí péče, sociální péče, praktického lékaře. Zároveň pokud má příbuzné je možné je také zapojit. Většina rodin má skutečný zájem pomoci svému blízkému člověku. Potřebuje však mít dostatek informací, jak pomáhat, jakým způsobem podporovat soběstačnost svých blízkých, ukázat jim, jak postupovat, nacvičit techniky správné manipulace s nemocným.

Praktický lékař, sociální péče, domácí péče se podílejí i na udržování psychické pohody nemocného. Po návratu domů velmi nepříznivě působí samota. Pacienti touží si s někým popovídat, vidět se s někým, kdo projeví zájem o jejich situaci. Ten, kdo nemá rodinu si cení společnosti sousedů. Přátelé je již často nenavštěvují, neboť jsou přibližně stejně vysokého věku a mají již také některé zdravotní obtíže, které jim nedovolují vzájemně se navštěvovat. Vzhledem k vysokému věku se také počet přátel snižuje. Ten, kdo má rodinu a bydlí samo statně, vnímá velmi pozitivně každou návštěvu svých blízkých. Nároky pacienta často převyšují časové a citové možnosti blízkých příbuzných. Dobrá rada zde může být významnou pomocí.

Protože je potřeba včas vyřešit řadu problémů, je nutné se na propouštění staršího pacienta připravit předem, s dostatečným předstihem.(1) Ukazuje se, že nejvhodnější doba k zahájení procesu propouštění přichází již záhy po přijetí nemocného k hospitalizaci. K zajištění hladkého přechodu pacienta do domácí péče je potřeba i mnoha specifických zkušeností a tedy i určité specializace zdravotníků, kteří se zde angažují.(2) Vzhledem k tomu, že o pacienta a o jeho soběstačnost pečují několik odborníků (lékař, sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovníce), je ke zdárnému průběhu procesu propouštění starších nemocných potřeba týmové spolupráce. Jednotliví členové týmu musí spolu vzájemně adekvátním způsobem komunikovat. V našich podmínkách se jeví být nejvhodnějším organizátorem a vedoucím propouštěcího týmu sestra. Sestra je rádcem a důvěrníkem nemocného, proto je ona nejpřirozenějším koordinátorem procesu propouštění. Zvláště pak vysokoškolsky vzdělaná sestra, která pohlíží na nemocného jako na individualitu, a proto je pro ni samozřejmostí, že každému jednotlivě stanovuje plán k zajištění propouštění.

Propouštěním pacientů starších 80 let z akutních lůžek do domácího ošetření se zabýval Ústav lékařské etiky na 3 LF UK již v letech 1997 - 2000. Tehdy šlo o mezinárodní projekt v rámci sdružení COHEHRE (Consortium of Higher Education of Health and Rehabilitation in Europe), které sdružuje školy, vzdělávající dříve středoškolské zdravotnické pracovníky (sestry, fyzioterapeuty a pod.) na vysokoškolské úrovni.

Srovnávací studie sama o sobě přinesla zajímavé výsledky, pro nás byla především podnětem, abychom se i sami začali zabývat problémem propouštění pacientů vyššího věku z akutních lůžek nemocnic.(3) Ukázalo se, že v České republice neexistují psané normy upravující propouštění geriatrických nemocných z akutních lůžek, rozdíly mezi nemocnicemi jsou značné, proces propouštění se často výrazně liší i mezi jednotlivými odděleními. Je nedostatečná diagnostika celkového stavu pacienta před propuštěním, jeho funkční stav je posuzován především na základě dotazování se nemocného, a na základě ústní výměny informací mezi členy ošetrovatelského týmu. Není dostatečná komunikace mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu, mezi nemocnicí a terénem a také mezi zdravotníky a pacientem a jeho příbuznými. Edukace pacientů a jejich příbuzných je často podceňována.

Na základě prvních zkušeností s problematikou propouštění starších nemocných jsme se rozhodli pokračovat v propracování tohoto tématu. Požádali jsme Interní grantovou agenturu ministerstva zdravotnictví o grant na rozvinutí problematiky propouštění starších pacientů z nemocnic a požadované prostředky nám byly přiděleny. Proto od r. 2001 problematiku dále rozvíjíme.

Na základě studia literatury a dle vlastních zkušeností jsme sestrojili nástroj k detekci rizikových pacientů vyššího věku, který může používat i speciálně nezaškolený zdravotnický pracovník. První zkušenosti ukazují, že by mohl být tím prvním diagnostickým krokem. Pak by ovšem měla navazovat již zmíněná týmová spolupráce a pro tu připravujeme na základě vlastních zkušeností algoritmus v podobě jakéhosi návrhu národního standardu propouštění rizikových pacientů vyššího věku z akutních lůžek nemocnic. Představujeme si, že tento algoritmus bude rozpracovatelný do konkrétních podmínek českých nemocnic. Do jaké míry bude skutečně využit bude záležet na zájmu managementu zdravotnických zařízení. Naše dosavadní zkušenosti ukazují dost značný zájem a proto nám dovolují věřit, že alespoň v některých nemocnicích svým dílem přispěje ke zlepšení osudu propouštěných starších pacientů.

Bibliografické odkazy

1. STYBORN, K., LARSSON, A., DRETTNER, G.: Outcomes of geriatric discharge planning. *Scand. J. Rehab. Med.* 26, 1994, s. 167- 176
2. STYBORN, K.: Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals - an intervention study. *Scand. J. Soc. Med.* 23, 1995, s. 273 - 285.
3. ZVONICKOVA, M., TRCKOVA, M.: The Discharge of Frail Older People in the Czech Republic. In: Aldskogius, M. (Ed.): The Discharge of Frail Older People from Acute Hospitals. *Report of a Comparative Multi - professional Pilot Study Involving Seven European Countries.* COHEHRE, 2001

Mgr. Jana Holubová
Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta
Ústav lékařské etiky
Ruská 87
100 00 Praha 10
e-mail: Jana.Holubova@lf3.cuni.cz

VÝUKA OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY NA VYSOKÉ ŠKOLE

Kateřina Ivanová

*Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky,
Olomouc*

Ošetřovatelská etika je součástí etiky zdravotnictví. Je „mladší sestrou“ lékařské etiky a z její pojmové i historické základny čerpá některé zdroje. Lékařská etika se také prudce rozvíjí teprve od 2. světové války a největší rozkvět v západních zemích zaznamenala v průběhu 70. let minulého století. Ošetřovatelská etika na ni navazuje, ale zdůrazňuje specifika ošetřovatelství jako samostatné disciplíny v rámci zdravotnictví. Bouřlivý rozvoj ošetřovatelské disciplíny v České republice v posledních letech však spíše ošetřovatelská etika dohání, než aby jej vedla kupředu. Je to způsobeno tím, že předmětem jejího zkoumání je zejména lidské chování v konkrétních situacích ošetřovatelské praxe, které je možné hodnotit až zpětně. Ošetřovatelská etika spojuje v sobě nejen filosofické myšlenkové proudy, společenské role a pozice, mravní obraz společnosti, ale i praktickou ošetřovatelskou profesionalitu a rutinu.

Otázky, zaměřené na vzdělávání v ošetřovatelství:

- Jak vyučovat etiku vysokoškolské studenty ošetřovatelství?
- Co všechno je důležité a které dovednosti by měly být po jejím absolvování pro studenty nezbytné?
- Co je naučit nyní, aby jim sloužilo v budoucnosti?
- Co vybrat a co se může opominout?
- Jak ukončit výuku tohoto předmětu tak, aby závěrečný počín zapůsobil na studenty nejen uchováním znalostí, ale i postojově?

Zatímco obsah výuky základního školství a některých oblastí středního školství je v rámci normativního přístupu téměř shodný a stát svými nástroji udává co a kdy se mají žáci naučit, na vysoké škole tomu tak není. Obsah předmětu (nazývaný také disciplína) bývá zcela v kompetenci příslušné katedry či ústavu. Proto akreditační komise MŠMT (Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy) požaduje u každé disciplíny také vyjádření garanta, který ve svém odborném životopise prokáže kvalifikovaný přehled. Před stanovením cílů a obsahu výuky je ze strany vysokoškolského učitele nezbytné znát (příčemž obecná odbornost v připravované oblasti je samozřejmostí):

1. Jak byl předmět vyučován v minulosti, na co byl kladen důraz a proč,
2. jaké jsou nejnovější poznatky v připravované oblasti a jak vynívají při zasazení do celého znalostního rámce (obecného i specializovaného pouze na připravovanou disciplínu),
3. jak se předmět vyučuje na jiných školách (nejen v ČR, ale i v zahraničí),
4. kdy je předmět zařazen do celého sylabu studijního oboru.

Z tohoto důvodu se pokládá za nezbytné, aby existovaly úzké i širší spolupráce mezi vysokými školami podobného zaměření, aby vysokoškolští učitelé cestovali do zahraničí, aby měli příležitost studovat novou literaturu i v cizím jazyce, aby měli sami životní i odborné zkušenosti a také možnost konzultace s odborníky z vlastních řad. To se jeví účelné zejména při navazování na tradice předmětu v rámci školy, kdy ne jeden „odcházející“ pedagog nic nepředá svému nástupci a pedagog „přicházející“ zase chce uskutečňovat jen své představy. Historická kontinuita je nesmírně důležitá a předávání již ověřené lidské zkušenosti je fenomén, který není radno obcházet a to nejen z proto, že díky této lidské schopnosti již nežijeme v jeskyni.

Vše co bylo nyní napsáno, platí o etice dvojnásobně. Co však dělat, pokud se obor etika ošetrovatelství teprve rodí?

Znamená to zejména „nestavět na zelené louce“. Historické kořeny a základní principy mohou být odvozovány od lékařské etiky, která je přímou předchůdkyní etiky ošetrovatelské. Další možností je hledání historických kořenů přímo etiky ošetrovatelské, byť na nižších stupních vzdělání. Filosofii a etice byla věnována v období první republiky poměrně značná pozornost, a to na všech středních školách, nevyjímaje školy, připravující budoucí zdravotní sestry. Už v roce 1920 byla vydána Učebnice zdravotnictví a mravouky od Alexandra Bařka. Další pozoruhodnou knihou s názvem Etika v ošetrovatelství napsala Estrid Rodheová ze Stockholmu a v roce 1940 ji do češtiny přeložila Ruth E. Tobolářová, čelná představitelka českého ošetrovatelství. R. Tobolářová byla jednou z prvních diplomovaných sester a později ředitelkou první české ošetrovatelské školy. (Haškovcová, H., 2000, s. 26). Nesmíme také zapomenout na další dílko s názvem Ošetrovatelská etika, které pochází z pera profesora MUDr. Františka Slabihoudka. Kniha vznikla v Moravské Ostravě. Prof. MUDr. Slabihoudek byl poté přednostou Ústavu sociálního lékařství na Lékařské fakultě Palackého univerzity v Olomouci. Ve své knížce, která vyšla v roce 1946, hovoří k ošetrovatelkám, nikoliv k řádovým sestřím. Jeho rady se vztahují k ošetrovatelství jako ke světskému povolání. Zamýšlí se v ní nad tématy volby povolání, smyslu života, ženské otázky i poslání sestry. Kromě toho se věnuje způsobu vzdělávání ošetrovatelky, otázce povinností sestry, služby nemocnému a i postoji odborové organizace ke zdravotním sestřím. (Ivanová, K., 2002, s.57)

V současnosti se můžeme o etice v ošetrovatelství dočíst zejména v knihách a manuálech Heleny Haškovcové, která svůj zájem věnuje jak lékařské etice, tak i etice zdravotních sester, ale také například etice zdravotních laborantů. Její bohaté zkušenosti s etickou problematikou jsou pro ošetrovatelství velkým zdrojem informací a bohatstvím poznání. S rozšiřováním znalostí angličtiny mezi zdravotnickým personálem lze dále doporučit četná zahraniční díla o zdravotnické nebo ošetrovatelské etice. Ošetrovatelské etice se věnují i autoři na Slovensku.

Po podrobném prozkoumání historické kontinuity, nejnovějších poznatků a informací, seznámení s výukou na jiných školách podobného typu, by měl být již pedagog schopen definovat cíle výuky ošetrovatelské etiky, obsah výuky s přehlednou a navazující osnovou, případně i naznačit studijní výstupy. Avšak způsob, jak bude předmět vyučován i jak bude hodnocen, vyplyne jednoznačně až po dalším přípravném kroku.

Ten spočívá v uvědomění si skutečnosti, že látka je předávána na podkladě tří pramenů: rozumovém (odborné znalosti), emotivním (zprostředkovávání prožití problémů) a kombinovaném (na základě prodělaných zkušeností). Je tedy nutné výukový proces zaměřit také na rozvoj iniciativy, kreativity a sebepoznání, což znamená propojení znalostí studentů, získaných z jiných disciplín, osobních životních zkušeností a stejnou měrou přihlížet i k tomu, které informace z obsahu předmětu budou studenti potřebovat do vyšších ročníků, do samotné praxe, ale i do obecné role zdravotníka v současné společnosti. Výsledkem hledání adekvátního obsahu výuky etiky v oblasti ošetrovatelství může být sylabus:

1. Etika jako filozofická disciplína
2. Základní pojmy lékařské etiky a ošetrovatelské etiky
3. Dilema – základní fenomén lékařské a ošetrovatelské etiky
4. Historické kořeny lékařské etiky a ošetrovatelské etiky
5. Současné nejdůležitější zdroje lékařské a ošetrovatelské etiky
6. Vztah práva a lékařské a ošetrovatelské etiky
7. Lékařská etika versus ošetrovatelská etika
8. Etické problémy začátku a konce lidského života
9. Zásady pravdy a lži ve vztahu k nemocnému

10. Etika v psychiatrii
11. Etické problémy v geriatrii
12. Etické problémy transplantací
13. Etika ošetrovatelského výzkumu
14. Etické problémy v řízení ve zdravotnictví

Cíle a obsah výuky je potom účelné pro přehlednější stanovení způsobů výuky rozpracovat na nezbytné:

- Znalosti,
- dovednosti,
- a návyky.

Takto připravený syllabus již naznačuje, které informace je možno předávat způsobem teoretickým a které způsobem problémovým.

Každá samostatná oblast musí nejprve začít seznámením s teorií. Je samozřejmě možné nejprve studentů klást dotazy a posléze je zobecnit v teoretickém ukotvení.

Oblast týkající se filozofických základů etiky k takovému způsobu přímo vybízí. Studenti mohou podle svých postojů, motivací, stereotypů i předsudků volně hovořit na téma mravnost, morálka, etika, etiketa, deontologie. Vyučující může klást dotazy zaměřené na podmíněnost etického postoje a dále diskutovat ke každé podmínce. Efektivním se jeví rozdělení studentů do skupin, ve kterých si mezi sebou tříbí své názory. Základní etické pojmy jako je mravnost, spravedlnost, dobro, zlo, nenávisť, vražda, naděje, svědomí, hřích, vina, pokání, ctnost, věrnost, zrada je možno kognitivně i emocionálně zpracovat pomocí výukové metody nazvané „pětilístek“, která spočívá ve fenomenologickém rozkladu pojmu a jeho nové interpretace. Pro lepší ilustraci je zde uveden příklad, který je vybrán ze studentských prací v disciplíně ošetrovatelská etika na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v zimním semestru 2002:

Výuková metoda nazvaná „Pětilístek“ se obecně skládá z následujících kroků a může být zpracována tak, jak ukazuje níže uvedený příklad:

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Název | 4. Pocit, výraz (4 slova) |
| 2. Popis (2 slova) | 5. Opětná formulace podstaty (1 slovo) |
| 3. Co dělá (3 slova) | |

Příklad

1. Stud
2. Choulostivý, ponižující
3. Odhaluje, omezuje, trápí
4. Poškozuje a snižuje
důstojnost člověka
5. Potupa
 1. Eutanázie
 2. Diskutabilní,
vysvobozující
 3. Usnadňuje, rozděluje,
ukončuje
 4. Tajemná,
nevyzpytatelná,
nevratná odpovědnost
 5. Smrt

Následující část výuky - seznámení se základními pojmy - probíhá nejvíce v teoretické rovině. Tématicky na ni navazuje kapitola, týkající se etických problémů a jejich závažnějších modifikací, tzv. etických dilemat. Tato část je *stěžejní pro získání nezbytných dovedností*, které by si měl student odnést do budoucího života. Pedagog by zde měl mít na mysli nejen profesní výstup výuky, ale zejména výstup hodnotový a ideační. Etické dilema má několik atributů, se kterými se musí studenti pomocí kritické analýzy seznámit, poté je pomocí osobního prožitku zvnitřnit, a nakonec pochopit s ohledem na vlastní dispozice, individuální socializační proces i stupnici hodnot. Jen pro lepší orientaci v problému jsou zde uvedeny charakteristiky etických dilemat: Etický konflikt jako dilema je obtížné pojmenovat, je zasazen do specifické situace, neexistuje názorová shoda, že daný konflikt je jednoznačně etického charakteru, vyjadřuje nároky vícerych, často si navzájem konkurujících účastníků, týká se vícerych, často si konkurujících hodnot, předpokládá, že jednotlivci chtějí konat správně, ale nevědí jak. (Rolný, I., 1998, s.20)

Výuka schopností autonomně eticky rozvažovat a racionalizovat problém pomocí adekvátních informací v souladu se svou individuální hodnotovou hierarchií, svobodně a bez donucování, je nejtěžším a zároveň nejdůležitějším úkolem pedagoga. To znamená předání takových znalostí, dovedností a návyků, které by sloužily studentům jako vodítko pro etického chování v budoucnosti, tzn. ve zdravotnické či sociální instituci současného světa.

Jednotlivé problémy se budou v průběhu jejich profesionálního i osobního života jistě měnit, některé etické konflikty budou narůstat (například genové manipulace a eutanázie), jiné přestanou být časem zajímavé, protože se buď přežijí nebo vyjasní (např. princip autonomie, dárcovství orgánů), ale přijdou i nové, které dnes ani neumíme dopředu odhadnout. Není možné studenty připravit na všechny situace, ale je možné je naučit způsobům chování a racionálním přístupům k řešení etických dilemat. Musejí vědět, co je potřeba zvážit, v jaké rovině, jakým měřítkem, v které instituci, s jakou odpovědností, v jaké dimenzi a s jakými alternativami. Na podkladě takových dovedností jsou schopni rozmýšlet i doposud neznámých tématech nebo o známých tématech ve výjimečných situacích.

V ostatních částech doporučené výuky je potom možné z tohoto stěžejního základu vycházet a také některé z důvodů časového tlaku vynechat a doporučit je k samostudiu, zejména pak historické kořeny etiky, vztah práva a etiky (včetně Listiny základních lidských práv, zákonů, kodexů, zásad etických komisí - kontakt a procvičení s učitelem vyžaduje jen téma mlčenlivosti ve zdravotnictví a téma informovaného souhlasu), etické problémy transplantací (s výjimkou prožití pocitů dárce orgánů a příjemce orgánů), etiku výzkumu, případně etiku v psychiatrii. Ostatní oblasti je nezbytné více procvičit a prodiskutovat a to zejména pomocí tzv. „case study“ -česky lépe- případových studií. Případové studie mohou kombinovat i více etických problémů a dilemat, např. etické problémy konce života s problémy v geriatrici, v řízení zdravotnictví (zejména s fenoménem spravedlnosti) a se zásadami sdělování informací (milosrdná lež, ano či ne?).

Podíl teoretické a praktické výuky by měl být vyrovnaný, možná spíše převažující na stranu cvičení. V Německu byla zmapována situace na mnoha lékařských fakultách a bylo zjištěno, že největší oblibu mají studenti ve cvičeních-57%, za to v přednáškách pouze 7%.

Druhou oblastí výuky etiky, kterou nemůžeme opominout, a která musí vyústit v dovednost, je oblast etické komunikace. Možností je nejen konkrétní nácvik - včetně komunikací s postiženými, kdy je komunikace rozlišena podle postižení - ale také komunikace v průběhu celé výuky, kterou učitel vnímá, koordinuje, usměrňuje a posléze nahlas zhodnotí. Není možné odhadnout s kým, kdy a za jakých okolností budou studenti ve své životní i odborné praxi hovořit (budou hovořit s pacienty, klienty, nadřízenými, podřízenými, ale i mezi sebou). A proto je nutné aby znali základní pravidla profesionálního rozhovoru, včetně dovednosti zvládnutí emocí a naslouchání.

Výstupem disciplíny by měla být syntéza dovedností, znalostí a návyků, získaných v průběhu celé výuky. Osvědčilo se (jak na zahraničních, tak i na našich univerzitách) uzavřít blok etického poznávání sepsáním etické eseje. Esej by měla mít určenou délku a musí obsahovat základní atributy vědecké práce. O stanovení kritérií je nutné studenty přesně instruovat. Přísné podmínky jsou nezbytné z několika důvodů:

- Student se učí vysvětlovat problém pomocí profesionálních argumentů,
- emoce nejsou potlačeny, ale je jim vymezen pouze určitý prostor,
- podstatné informace musí být podány výstižným, ale krátkým způsobem,
- je zřetelně hodnotitelná úroveň etického myšlení i etické práce s informacemi.

V Německu i v Anglii se ukončuje výuka etiky na lékařských fakultách různě. Někde je zkouška, někde kolokvium, někde jen zápočet, ale vždy je nutná samostatná písemná eseje na zvolené téma z doporučené literatury. Autorka článku považuje za důležitou i prezentaci etické eseje, která probíhá formou čtení vlastní tvorby před ostatními studenty a učitelem. Projev je všemi vnímán a hodnocen.

V průběhu celého výukového procesu by pak měl pedagog zjišťovat etické postoje studentů, jak obecné (v diskuzích face to face), tak specifické (například dotazníky o eutanázii, interrupci, alokaci vzácných zdrojů, apod.) Rozbor takto již získaných materiálů je zajímavý, ukazuje na trendy v etickém myšlení mladé generace a mohl by být uveřejněn v dalším informativním článku.

Základní dovedností, jak vyplývá z celého článku, je schopnost autenticky se rozhodovat na podkladě odborných i specializovaných znalostí z oblasti ošetrovatelské, z oblasti etiky v ošetrovatelství a také z oblasti etiky jako nauky o mravnosti. Výuka by měla dovést studenty k rozvoji etického myšlení i k poznání, že je nezbytné nést za svá etická rozhodnutí osobní zodpovědnost. Studenti by měli prokázat schopnost propojovat široký okruh vědomostí a dovedností a zvažovat tak možné dopady svého chování v praxi. (Palicová, H., 2002)

Hodnocený výstup z předmětu má pomoci studentům, aby uměli formulovat své etické postoje v kultivovaných vyjádřeních, nesnižujících žádného účastníka komunikace

Bibliografické odkazy

- 1) HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2000. 46 s. Edice: Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-310-4.
- 2) IVANOVÁ, K. *Zdravotnická etika*. Ostrava: Katedra zdravotnického managementu, 2002. 84s.
- 3) ROLNÝ, I. *Etika v podnikové strategii*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1998. 128 s. ISBN 80-85834-00-0.
- 4) LEANDER, W.J. *Patients first*. Chicago, USA: Health Administration Press, 1996. 300 s. ISBN 1-56793-039-5.
- 5) http://wds.vsb.cz/bin/ekf?srv=1_2&dpt=115 PALICOVÁ, H. Podnikatelská etika – charakteristika předmětu, str.1/2

Mgr. Kateřina Ivanová, PhD.
Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
e-mail: katerina@tunw.upol.cz

MŮŽE ZDRAVOTNÍ SESTRA OVLIVNIT DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE?

***Kateřina Ivanová, **Darja Jarošová**

**Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Olomouc*

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

Dostupnost zdravotní péče je jedním z důležitých cílů všech systémů zdravotní péče a zdravotní politikové na celém světě hledají správnou míru dostupnosti, která zabezpečuje potřebnou a včasnou zdravotnickou pomoc a léčbu a přitom zbytečně neplýtvá finančními, materiálními a personálními zdroji.

Přiměřeně dostupná zdravotní péče je jedním ze základních cílů zdravotní politiky ČR, která je založena na obecném principu solidarity, odrážejícím se v povinném všeobecném zdravotním pojištění. Je těžké určit přesnou hranici přiměřené dostupnosti. Za ideální nemůžeme považovat nadbytečnou a nezaplatitelnou dostupnost stejně tak, jako špatně dostupnou primární péči, bez návaznosti na péči sekundární či terciální.

Dostupnost zdravotní péče je základní součástí kvalitního procesu poskytování zdravotní péče. Je jedním z indikátorů měření kvality procesu. Indikátory, které vypovídají i přes složitost celého procesu o míře kvality, jsou takové, na kterých se shodnou (třebaže ne ve stejné síle) všichni účastníci procesu poskytování zdravotní péče.¹ Takovými indikátory jsou (Hromek, Z., 1999, s.22):

- *dosažitelnost (availability)* - spočívá v tom, že občan může dostat adekvátní pomoc v době, kdy ji potřebuje. Pokud nefunguje síť pohotovostních služeb nebo lékař a sestra nejsou k dispozici na oddělení v nemocnici, kdy je pacient v ohrožení života, jde o selhání dosažitelnosti,
- *dostupnost (accessibility)* - *vztahuje se ke geografické, ekonomické a psychosociální dostupnosti. Nejsou-li například finanční prostředky na poskytnutí potřebné péče, je narušena dostupnost,*
- *účinnost (effectiveness)* - spočívá v prokazatelném prospěchu poskytnuté služby, neúčinná péče nemůže být označena za kvalitní,
- *přiměřenost (adequacy)* - zajišťuje rovnováhu mezi sítí poskytovatelů služeb a potřebami, implicitně zahrnuje i ekonomické hledisko,
- *komplexnost (completeness)* - spočívá v požadavku věnovat pozornost v ZP všem aspektům, prevenci, včasné detekci zdravotní poruchy, léčení i rehabilitaci,
- *přijatelnost (acceptability)* - závisí na mnoha faktorech, ovlivňující postoj pacientů k péči
- *návaznost (continuity)* - jde o koordinaci péče o jednoho pacienta mezi různými poskytovateli,
- *efektivnost (efficiency)* - vztahuje se k hospodárnému využití zdrojů,
- *hodnotitelnost (assesability)* - vyjadřuje požadavek, aby dokumentace byla vedena tak, že umožní kompetentním pracovníkům posoudit, zda péče byla relevantní.

Všechny indikátory se navzájem prolínají a doplňují a je velmi těžké je hodnotit samostatně. Současně s dostupností je vždy hodnocena i dosažitelnost péče, přiměřenost a komplexnost péče, ale zejména přijatelnost a návaznost péče.

¹ Přířímými účastníky procesu poskytování zdravotní péče (ZP) jsou zejména poskytovatelé ZP (lékaři a zdravotní sestry) a občané respektive pacienti. Nepřířímými účastníky jsou zdravotní pojišťovny a stát pomocí státní zdravotní politiky.

Dostupnost zdravotní péče je považována za přímou vlastnost procesu poskytování zdravotní péče. Dostupnost péče je předpokladem spravedlivě poskytované péče.

Dostupnost je definována jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek přístupu.

Dostupnost, jak uvádí Gladkij (2000, s. 73-74) dělíme na:

Fyzickou neboli geografickou dostupnost, která vyjadřuje rozsah, v němž může být určitá zdravotnická služba dosažena určitým pacientem nebo komunitou jako celkem. Důležitým faktorem je zde vzdálenost od zdroje péče. Důležitý je i čas, potřebný na cestu do zdravotnického zařízení a čekací doba. Indikátory fyzické dostupnosti mohou být :

- ◆ počet nemocničních lůžek na 10 tis. obyvatel,
- ◆ počet lékařů na 10 tis. obyvatel,
- ◆ počet středních zdravotnických pracovníků na 10 tis. obyvatel.

Ekonomickou dostupnost, která odráží schopnost jedince uhradit poskytnutou zdravotní péči. V rozvinutých systémech, kde jsou zdravotnické služby obyvatelstvu pohotově k dispozici, jsou hodnoceny dvě složky a sice pokrytí péče pojištěním nebo státem a komplexnost nebo úplnost tohoto pokrytí. V evropských státech převládá univerzální pokrytí zdravotní péče. Z rozvinutých států pouze v USA, kde neexistuje všeobecné zdravotní pojištění, je asi 15% pojištěním nepokrytého obyvatelstva. V rozvojových státech, kde není všeobecné pojištění, vidíme jednoznačně vyšší spotřebu zdravotní péče u pojištěných ve srovnání s nepojištěnými.

Indikátory ekonomické dostupnosti jsou například:

- ◆ finanční pokrytí nemocniční péče,
- ◆ finanční pokrytí ambulantních lékařských služeb,
- ◆ finanční pokrytí farmaceutických výrobků.

Psychosociální dostupnost, jejímž hlavním faktorem je motivace k vyhledání zdravotní péče, důvěra ve zdravotnické služby, zájem o své zdraví a zdravotní záležitosti obecně a ochota spolupracovat. Modifikujícími a usnadňujícími faktory psychosociální dostupnosti jsou zejména faktory demografického typu. Největší vliv má věk a pohlaví.

Jak už bylo uvedeno, dostupnost zdravotní péče je základním předpokladem spravedlivě poskytované péče. Spravedlnost je jistě pojem značně relativní, proto je základní spravedlivý přístup ke zdravotnickým službám vyjádřen v článku 31 Listiny základních práv a svobod „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“.

Můžeme si také položit otázku co je v péči o nemocné spravedlivé a co nespravedlivé. Nespravedlivé nejsou rozdíly ve zdraví způsobené pohlavím, věkem (větší riziko chorob je ve stáří přirozené a nelze je považovat za nespravedlivé), ale nespravedlivé jsou situace, kdy lidé žijí a pracují v závadných podmínkách a nemají možnost volby. (Ivanová, K., Tuckerová, V., 1998, s. 78) Po formální stránce můžeme ekvitu (slušnost, spravedlnost, poctivost, po právu) rozdělovat na horizontální a vertikální. Horizontální se vztahuje ke srovnání rovného s rovným pro stejné potřeby. Může být požadována pro každou fázi systémového procesu ZP. (Ivanová, K., 2000, s. 86)

Horizontální ekvita má čtyři druhy kritérií

1. stejný (rovný) přístup pro stejnou (rovnou) potřebu,
2. stejné náklady pro stejné potřeby (stejná cena stravy pro jednoho pacienta a jeden ošetrovací den ve všech nemocnicích stejného typu, atd.),
3. stejná spotřeba služeb pro stejnou potřebu (stejná nemocniční ošetrovatelská doba pro stejnou diagnózu, atd.),
4. stejně opravené (redukované) nerovnosti, uvedené na srovnatelný základ.

Vertikální ekvita se týká polarit zdravý - nemocný; starý - mladý; nemoc vážná - banální; člověk s velkým rizikem - s malým rizikem. Kritéria jsou dvě:

1. nerovný postup řešení pro nerovnou potřebu (rozdílné ošetření při cukrovce a rakovině),

2. nerovnost ekonomická a schopnost platit za služby.

Vertikální ekvita klade otázku, v jakém rozsahu by jedinci, kteří jsou biologicky nebo sociálně nerovni, měli být ošetřováni rozdílně. Např. je zřejmé, že nemoci jsou léčeny odborně různě. Ale je již obtížnější stanovit, jak geneticky rozdílné jsou cukrovka a rakovina, která z nich je společensky důležitější a které dát přednost. (Žáček, A., 1995, s.7)

Faktory, které nejvíce ovlivňují dostupnost zdravotní péče jako celku, jsou:

1. *postoj* a počty poskytovatelů zdravotní péče (lékařů a zdravotních sester),
2. *spotřeba* zdravotní péče;
3. *tradice v přístupu ke zdravotní péči zejména ze strany občanů*;
4. zdravotní politika ze strany státu;
5. zdravotní politika ze strany zdravotních pojišťoven.

Faktory, které se týkají zdravotních sester jsou zejména:

- ◆ postoje sester,
- ◆ spotřeba zdravotní péče a
- ◆ tradice v přístupu ke zdravotní péči.

Při posuzování role sestry v procesu ovlivňování dostupnosti zdravotní péče k optimálnímu modelu můžeme vyjít ze základních etických norem ošetřovatelského povolání. Již první norma ukazuje, jaký postoj by měla mít sestra ke každému člověku: „Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení“.

Spotřebu zdravotní péče může sestra ovlivnit, pokud bude dodržovat normu šest „Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetřovatelského procesu“, ale i normu čtyři, která říká že „Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetřovatelské praxi“, protože vysoká profesionalita a vzdělanost sester umožní účinnější a kvalitnější péči .

Sestra by měla znát tradice a zvyklosti svých pacientů, zvláště těch, které vidí častěji nebo delší dobu, neboť i v normě dvě je zdůrazněno, že nepomáhá jen jednotlivcům a jejich rodinám, ale také jiným skupinám a společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví. Musí tedy znát i jejich kulturní a společenské zázemí, případně rodinnou historii, nejen pouze ošetřovatelskou anamnézu.

Pokud bychom posuzovali co všechno může sestra udělat pro optimální dostupnost zdravotní péče v jejích částech, musíme jednoznačně usoudit že nejvíce může setra udělat pro psychosociální dostupnost. Může samozřejmě ve fyzické dostupnosti lépe organizovat časové vstupy pacienta do ordinace, v nemocnici návaznost jednotlivých úkonů, je však v tomto procesu jen jednou z mnoha součástí a někdy může její dobrá vůle vyznít naprázdno.

V ekonomické dostupnosti může být tím, kdo šetří materiálem a snaží se o jeho rozdělení všem podle potřeby, tedy nikoliv nadbytečně, ale ani nedostatečně. Přesto i zde se stává jen jedním prvkem v soukolí celého systému. To by jí nemělo ubírat chuti k těmto činnostem, ale výše jejího přínosu je závislá i na ostatních spolupracovnících i vedení ordinace, kliniky, nemocnice.

V psychosociální dostupnosti je však sama zodpovědná za své jednání a může mnoho vykonat pro motivaci občana k vyhledání zdravotní péče, pro důvěru ve zdravotnické služby i zájem o své zdraví a zejména pro ochotu pacienta se zdravotníky spolupracovat. Zde se plně projevuje náplň a význam základních etických pojmů ošetřovatelské praxe. Jsou jimi obhajoba, odpovědnost - povinnost, spolupráce a pečování. Tyto pojmy jsou definovány ve sborníku editovaném M. Staňkovou (1994, s. 36):

Obhajoba – obhajoba se často definuje jako aktivní podpora důležitého případu. V právním kontextu termín „obhajoba“ znamená obranu základních lidských práv jménem

těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. Termín obhajoba se také používá k popisu vztahu mezi sestrou a pacientem. Bývá však trochu odlišně interpretován:

◆ *Podle modelu ochrany práv* – v tomto modelu je sestra chápána jako obránce práv pacienta v systému zdravotní péče. Sestra informuje pacienta o jeho právech, má za úkol se ujistit, že pacient těmto právům rozumí a snaží se předcházet porušování těchto práv.

◆ *Podle modelu rozhodnutí, založeného na hodnotách* – model chápe sestru jako osobu, která pomáhá pacientovi hovořit o jeho potřebách, zájmech a rozhodnutích, vznikajících v souladu s hodnotami a životním stylem pacienta. Sestra pacientovi nevnučuje rozhodnutí nebo hodnoty, ale pomáhá mu rozhodovat se na základě pozitiv a negativ, která nejvíce odpovídají pacientovým přesvědčením a hodnotám.

◆ *Podle modelu respektu vůči lidem* – model pohlíží na pacienta jako na člověka, který by se měl respektovat. Jako obhájce musí sestra nejprve zvážit základní lidské hodnoty pacienta a pak jednat na ochranu pacientovy lidské důstojnosti, soukromí a rozhodnutí. Když pacient není schopen vlastního rozhodování, obhajuje sestra jeho pohodu tak, jak ji pacient definoval předtím, než onemocněl, anebo tak jak ji definují členové jeho rodiny nebo jeho zákonní zástupci. Pokud se nenaskytne nikdo, kdo by mohl definovat pohodu pacienta, pak sestra obhajuje zájmy pacienta podle svých nejlepších ošetrovatelských schopností. Sestra v průběhu obhajoby pacienta zvažuje způsoby ochrany jeho lidských hodnot. Uvědomuje si, že je za tuto roli zodpovědná jak společnosti, tak své ošetrovatelské praxi. Tento model je v souladu s Kodexem sester z roku 1973 (ICN), který vydala Mezinárodní rada sester.

Odpovědnost/povinnost – *Odpovědnost je zde chápána jako schopnost zodpovídat za to, jakým způsobem člověk vykonal svoji povinnost. ICN uvádí 4 základní povinnosti sestry:*

- ◆ podporovat zdraví,
- ◆ předcházet onemocněním,
- ◆ navracet zdraví a
- ◆ zmírnit utrpení.

Sestra je zodpovědná za to, jak byly tyto povinnosti splněny, a má umět ospravedlnit svou volbu péče v souladu s morálními standardy a normami. Odpovědnost je důležitý koncept, protože zahrnuje nejen vlastní péči, ale i vztah mezi sestrou a pacientem. Profesionální odpovědnost přesahuje individuální vztahy mezi sestrou a pacientem, její vztah k zaměstnavateli i ostatním osobám. Sestra je pacientovi, společnosti i zaměstnavateli zodpovědná za to, co bylo, případně nebylo, vykonáno při poskytování zdravotní péče.

Spolupráce – spolupráce přispívá k vytváření vzájemné podpory a úzkých pracovních vztahů. Pojetí spolupráce podporuje takové ošetrovatelské skutky, jako snahu společně s ostatními dosahovat vytčených cílů, dodržovat sliby, starost jednoho o druhého a obětování vlastních zájmů pro dlouhodobé udržení profesionálních vztahů. Pokud se však pro člověka stane vztah k jeho spolupracovníkům důležitější než kvalita péče, může to ohrozit pacienta. Spolupráce musí udržovat takové pracovní vztahy a podmínky, které vyjadřují závazky vůči pacientovi a na kterých se všichni společně dohodli.

Pečování – etický význam pečování (poskytování vlastní péče) má ve vztahu sestry a pacienta důležitou hodnotu, protože pečovatelské činnosti jsou zpravidla považovány za základ ošetrovatelské role. Metodická ošetrovatelské péče M. Leiningerová uvádí, že péče má přímý vztah k lidskému zdraví. Ve svých výzkumech prokazuje, že pečovatelské jednání, které slouží ke snížení interkulturních stresů a konfliktů, praktikují téměř všechny kultury a komunity. Takové jednání také chrání přežití lidstva.

Pokud se hodnotí etický význam péče z hlediska role ošetrovatelství, jsou v ní obsaženy dvě stejně hodnotné etické povinnosti sestry, a to ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví lidí. Péče je morální závazek ošetrovatelských profesionálů. Ošetrovatel/ka má povinnost podporovat dobro někoho, s kým je ve specifickém vztahu.

Při pečování máme možnost se vcítit do nemocného člověka a poznat tak, jak vnímá a prožívá svět kolem sebe. Z tohoto pohledu byly definovány 4 typy péče:

- ◆ být zde pro pacienta,
- ◆ respektovat pacienta,
- ◆ cítit s pacientem,
- ◆ blízkost k pacientovi.

Pečování se také často identifikuje s morálními nebo sociálními atributy, jako například s lidskou potřebou být někým ochraňován, někoho ochraňovat nebo také s potřebou lásky. V kontextu zdravotní péče se v ošetrovatelské praxi tyto morální a sociální atributy objevují a proto je ošetrovatelská péče etickým závazkem, ne pouze znakem instrumentálního lidského konání.

Typ a objem pečovatelského konání je v ošetrovatelské praxi ovlivněn různými faktory:

- ◆ rolí sestry: sem patří individuální hodnotová orientace sestry, její vzdělání, vztah k ošetrovatelské práci, vlastní zkušenost s péčí o ostatní.
- ◆ náročností péče u jednotlivých pacientů,
- ◆ časem, který má vymezen na práci,
- ◆ podporou zaměstnavatele,
- ◆ podnětností pracovního prostředí.

Dnes přichází doba, kdy budou moci sestry a ošetrovatelky vysokoškolsky vzdělané ovlivňovat i ostatní faktory. Vstupují do zdravotní politiky a v oblasti ošetrovatelské péče budou profesionálně rozhodovat o počtu a vzdělání středního zdravotnického personálu, o jeho specializaci, o jeho podílu na ekonomice zdravotnictví i alokaci vzácných zdrojů ve zdravotnictví. Vznikají zdravotnické instituce, které se specializují pouze na ošetrovatelskou péči, (agentury domácí péče, centra léčby bolesti, komunitní centra aj.) a v případě jejich nárůstu budou sestry rozhodovat i o fyzické dostupnosti zdravotní péče, neboť pomohou spoluvytvářet zdravotnickou síť institucí. Přesto však těžiště jejich působení zůstává v oblasti motivace, důvěry a spolupráce, tedy v ovlivňování psychosociální dostupnosti.

Z uvedeného vyplývá, že setra nemusí dělat žádné činnosti nad rámec svých povinností, profesionality a etického chování, pokud chce přispět k ovlivňování lepší a spravedlivější dostupnosti zdravotní péče. Stačí zcela zodpovědně přistupovat ke své práci a povinnostem, dodržovat etické principy a normy, dále se vzdělávat a být na svém místě přínosem nejen nemocným, kolegům, podřízeným a nadřízeným, ale i sám sobě.

Dodatek:

Etické normy v ošetrovatelském povolání

Norma 1

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

Norma 2

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

Norma 3

Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, resp. uzdravení z nemoci.

Norma 4

Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.

Norma 5

Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití nemoci, zotavení se z nemoci nebo přispěla k důstojnému umírání.

Norma 6

Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.

Norma 7

Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.

Norma 8

Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.

Norma 9

Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.

Bibliografické odkazy

- 1) *Etika v ošetrovatelské praxi*. Vybrané kapitoly z publikace Sary T. Fry: *Ethics in Nursing Practice*. Editor Marta Staňková. Praha: Česká asociace sester, 1994. 112 s.
- 2) GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. nezměněné vydání. Olomouc: Vydavatelství UP, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.
- 3) HROMEK, Z. *Občan a dostupnost zdravotní péče*. IPVZ Praha: 1999, 22 s.
- 4) IVANOVÁ, K. a TUCKEROVÁ, V. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Olomouc: VUP, 1998. 83 s. ISBN 80-7067-836-4.
- 5) IVANOVÁ, K. *Priority a cíle ve zdravotní péči*. Doktorská práce. Olomouc: 2000, 182 s.
- 6) ŽÁČEK, A. Etické hodnoty v péči o zdraví. In *Studijní materiály pro doktorské studium*. Brno: 1995, s. 7.

Mgr. Kateřina Ivanová, PhD.
Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
e-mail: katerina@tunw.upol.cz

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V NIZOZEMSKU

Darja Jarošová

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

Úvod

V roce 1970 bylo v Nizozemsku 1,3 mil. obyvatel starších 65 let, o za dvacet pět let vzrostl tento počet na 2 miliony, kolem roku 2010 se očekává nárůst až na 2,4 miliony. To bude asi 16 % z celkové populace země. Průměrný věk dožití je u mužů 74 let, u žen 81 let.

Nárok na důchod vzniká v Nizozemsku poměrně brzy a vzhledem k vysokému průměrnému věku dožití je období stáří prodlužováno v obou směrech. Protože je většina seniorů ve vysokém věku nemocná, roste současně i potřeba jejich zdravotní péče [Vepřek a kol., 2002, s.63]. Sociální, fyzická a mentální pohoda starých lidí nesouvisí jen se zdravotnickými institucemi, ale především s jinými službami jako jsou např. doprava, výchova a vzdělávání a sociální zabezpečení.

Služby umožňující samostatný život seniorů v domácím prostředí

Informační centra pro seniory

Na informační centra se obracejí senioři osobně nebo telefonicky. Pracují zde seniorští poradci a další pracovníci – např. pracovník, který pomáhá seniorům v administrativních záležitostech (platba složenek, vyplnění formulářů apod.), údržbáři, kteří provádějí drobné úpravy a opravy v domácnostech starých lidí.

Taxi-bus

Ve větších městech je provozován taxi-bus, který je přizpůsoben pro lidi na vozíku či chodící o berlích a sváží seniory na místa, pokud jsou obtížně dostupná místní dopravou (k lékaři, za kulturou, do klubu). Senioři platí malý příspěvek, zbytek doplácí městská část.

Zabezpečení stravy

Strava je rozvážena přímo do domácností klientů nebo je zabezpečována v jídelnách pečovatelských domů.

Linka seniorů

Na telefonní číslo linky seniorů se mohou staří lidé obracet celodenně. Síť tísňového volání (dálkový ovladač s tísňovým tlačítkem) spojuje s dispečinkem, na kterém mohou senioři kontaktovat pomoc (např. při pádu, při zhoršení stavu)

Nákupní služby

Pro nákupní služby jsou využíváni především dobrovolníci (nákup potravin, léků). Případně doprovází seniora na nákup oblečení.

Domácí péče

Domácí péče má v Nizozemí dlouhou tradici. Je poskytována státem, komerčními organizacemi nebo dobrovolníky. Ve větších městech poskytují domácí péči velké organizace. Zpravidla se nejedná jen o ošetřování a o péči o klienta, ale také o pomoc při údržbě a chodu domácnosti. Domácí péči stejně jako u nás doporučuje lékař. Služby

domácí péče jsou v převážné většině hrazeny z pojištění podle zákona o mimořádných zdravotních nákladech. Za určité úkony musí příjemce platit (výše příspěvku závisí podle příjmů seniora). Velmi rozšířená je dobrovolnická domácí péče zajišťující především návštěvní služby u starých lidí s demencí a u chronicky nemocných. Dobrovolník pouze zastupuje pečovatele, nemůže vykonávat profesionální zdravotní a ošetrovatelskou péči.

Institucionální péče

Pečovatelské domy (verzorgingshuis)

Pečovatelské domy jsou určeny starým lidem, kteří již nemohou dále bydlet samostatně ve svých domácnostech a nemají nikoho, kdo by se o ně postaral. Jsou zde umístěni klienti - obyvatelé, kteří potřebují především sociální péči, protože se již o sebe nemohou postarat - nemohou vykonávat aktivity denního života. Základní snahou je, aby tito lidé žili co nejvíce samostatně a měli jen podpurnou péči. Součástí pečovatelských domů bývají chráněné byty, o které mají senioři velký zájem. Vnitřní uspořádání a zařízení domova je jednoduše a logicky promyšlené. Klient může mít svůj nábytek, koberce a další osobní věci. Pro snadnější orientaci seniorů bývají chodby, dveře a ostatní vybavení odlišeny jasnou barvou. Samozřejmostí jsou společenské místnosti, v nichž probíhají různé aktivity obyvatel. O aktivity a příjemnou atmosféru se denně stará tzv. společnice (naše obdoba geriatrického pracovníka). Téměř všechny domovy jsou otevřeny jiným seniorům, kteří zde přímo nebydlí. Ti mohou využívat všech nabízených služeb (fyzioterapie, pedikúra, kadeřnictví, lékaře, restaurace aj.) a účastnit se denních aktivit spolu s bydlícími klienty domova. Domovy poskytují také respitní péči – dočasné umístění seniorů, jejichž neformální pečovatelé tráví např. dovolenou a nemohou se o ně starat [Šustrová, 2000, s.13]. V Nizozemsku je velmi populární voluntérská péče. Několikrát ročně přicházejí do domovů děti se společenským programem pro staré lidi nebo jen tak na návštěvu. Filozofii domova je, aby senior nebyl izolován a vytržen z ostatního světa.

Ošetrovatelské domy (verpleeghuis)

Ošetrovatelské domy jsou určeny občanům, kteří potřebují krátkodobou, ale především dlouhodobou neakutní zdravotnickou péči. Podobají se více nemocnicím, poskytuje se v nich lékařská péče a na hospitalizované jedince se pohlíží jako na pacienty. Ošetrovatelské domy vznikly před třiceti lety v době výrazných sociálních proměn Nizozemska. Strukturálně si jsou v celé zemi podobné: přibližně polovina lůžek je určena pro pacienty s tělesnými problémy (cévní mozkové příhody, neurologické potíže, zlomeniny, artrózy, revmatická onemocnění) a druhá polovina pro gerontopsychiatrické pacienty (většinou s demencí). Nejvíce pacientů trpí Alzheimerovou chorobou. Pečovatelé se snaží rozdělit klienty do skupin podle stádia nemoci a pro každou skupinu připravují specifické aktivity. Většinu dne tráví pacienti v obývacích pokojích (včetně ležicích). V celém Nizozemsku je snaha vytvářet skupiny po 4-8 pacientech, kteří by se společně starali o domácnost a provozovali různé jiné činnosti. Do ošetrovatelských domů přicházejí pouze lidé, kteří dobrovolně chtějí. Pracují zde převážně zdravotní sestry (tzv. nižší a střední úroveň), dále fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, lékaři, muzikoterapeuti, arteterapeuti, pracovní terapeuti, psychologové, duchovní, sociální pracovníci, laboranti a lékárníci (domovy mívají zpravidla vlastní malou vyšetřovací laboratoř a lékárnu). Ve všech zařízeních se využívá práce dobrovolníků – často to jsou příbuzní a přátelé klientů, kteří se starají současně i o jiné pacienty. Aktivity dobrovolníků jsou velmi široké, nemohou se pouze zúčastňovat zdravotnických výkonů. V ošetrovatelských domech bývají včleněna místa pro terminální nemocné, o které se starají ošetrovatelé speciálně edukováni pro doprovázení umírajících a jejich blízkých.

Pobyty v obou typech zařízení jsou hrazeny z povinného pojištění, obyvatelé pečovatelského domu odevzdávají svůj důchod státu [Vepřek a kol., 2002, s.63]. Klient však dostává kapesné, případně celou částku, která převyšuje náklady na jeho pobyt hrazené z důchodu. Pobyt v ošetrovatelském domu je téměř dvakrát dražší než v pečovatelském domu. Čekací doby na přijetí do pečovatelských a ošetrovatelských domů se pohybují přibližně od 1-2 týdnů (rehabilitační a paliativní péče) až po několik měsíců (gerontopsychiatrický ošetrovatelský dům). V loňském roce začal platit v Nizozemsku nový zákon, podle kterého všechny nové instituce pro seniory a mentálně handicapované musí být budovány tak, aby zajišťovaly maximální soukromí klientů (mimo jiné jednolůžkové pokoje).

Závěr

Počet seniorů v institucionální péči se v Nizozemsku v posledních letech plynule snižuje. Prioritou vládní politiky a místních samosprávných orgánů je ponechat staré lidi co nejdéle, jak je to jen možné, v jejich přirozeném prostředí. Proto zde existuje řada služeb umožňující především samostatný život seniorů v domácnosti.

Příspěvek reflektuje převážně osobní zkušenosti autorky získané během studijního pobytu v Nizozemsku.

Bibliografické odkazy

1. ŠUSTROVÁ, J. 2000. Péče o seniory v Nizozemsku 1. *Sociální politika*, roč. 21, č. 2, s.12-14.
2. VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J.: *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*. Praha : Grada, 2002. 229s.

*PhDr. Darja Jarošová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
e-mail: Darja.Jarosova@osu.cz*

K PROBLEMATICE CHRONICKÉ BOLESTI U SENIORŮ

Darja Jarošová

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

Souhrn

Studie přibližuje problematiku chronické revmatické bolesti u starých lidí. Během roku 2001 proběhlo v Centru pro studium a léčbu bolestivých stavů ve FNsP Ostrava dotazníkové šetření u 102 ambulantních pacientů. Šetření bylo zaměřeno na faktory, které mají vliv na vznik a průběh bolesti, na znalosti a využívání prostředků zmírňujících bolest, na chování pacientů v průběhu bolestivé ataky, na ovlivnění osobního života pacientů jejich bolestí.

Klíčová slova

chronická bolest, senioři, dotazníkové šetření

Úvod

Bolest je znamením, že se v člověku děje něco důležitého, co by nemělo být opomenuto - platí to jak v tělesném tak i v duševním rozměru. Kromě fyzického a psychického utrpení způsobuje bolest ztrátu nejrůznějších schopností, ztrátu lidských vazeb, narušení hodnotového žebříčku. Bolest činí člověka závislým, snižuje jeho úroveň sebepečce. Bolestivé potíže ovlivňují život člověka, snižují jeho sebevědomí a odebírají mu mnoho energie. [Nemčeková, Žiaková, 1997]. Hodnocení bolesti a její zvládnutí je jedním z nejpálčivějších problémů společnosti. Každý zdravotnický pracovník, a nejen on, by měl přijmout bolest člověka jako závažný problém, který je nutno zodpovědně řešit. [Sofaer, 1997].

Cíl studie

Cílem dílčí studie bylo posoudit, zda a jak chronická nenádorová bolest (chronická revmatická bolest kloubů) ovlivňuje kvalitu života starých lidí.

Materiál a metoda

Šetření probíhalo v průběhu roku 2001 [Jarošová, 2002]. Výzkumný soubor byl tvořen 102 respondenty (31 mužů, 71 žen) ve věku 60-93 let (mean 69,1). Pacienti byli evidováni a léčeni pro chronické revmatické bolesti kloubů v Centru pro studium a léčbu bolestivých stavů FNsP v Ostravě. Metodou zjišťování dat byl anonymní dotazník s uzavřenými položkami, který byl zadáván osobně autory. Statistické zpracování výsledků výzkumu bylo realizováno tabulkovým procesorem MS Excel 97 SR-1.

Výsledky

Převážná část respondentů žije v manželském nebo partnerském svazku (78%), téměř všichni mají základní nebo středoškolské vzdělání, pouze šestnácti z nich byl přiznán invalidní důchod vzhledem k diagnóze chronické bolesti. U více jak poloviny pacientů

měla bolest podle jejich mínění negativní vliv na dosavadní způsob života (např. omezení běžných denních aktivit, omezení zálib). Přitom partnerské, rodinné nebo přátelské vztahy nebyly zpravidla narušeny – pouze třetina respondentů udávala výraznější změny v mezilidských vztazích. Z nabízených faktorů, které podle nás nejvíce ovlivňují vznik a průběh bolesti se objevovala na prvním místě tělesná námaha (98% odpovědí), dále únava, duševní vypětí a změny počasí. Při atace nezvládnuté bolesti hledalo pomoc 80% respondentů pouze u lékaře, minimum z nich u zdravotní sestry. Většina oslovených pacientů neznala a nepoužívala alternativní způsoby zvládnání bolesti. Téměř všichni (98%) užívali především analgetika předepsaná lékařem. Jako nejznámější a nejrozšířenější nefarmakologické zvládnání bolesti byly našimi klienty uváděny: relaxace (23%), rehabilitace (20%) a akupunktura (18%). Alkohol jako prostředek zvládnání bolesti nebyl pacienty potvrzen. Senioři vyjadřovali spokojenost s přístupem a chováním zdravotníků k nim a k jejich problémům vyplývajících z chronické bolesti (90%). Strach a stres z potenciální ztráty autonomie dominoval u pacientů před strachem z možné závislosti na lécích či pocitu bezcennosti. I přes některé výrazně negativní odpovědi většina seniorů věří, že život s chronickou bolestí má stále smysl.

Závěr

Cílem této dílčí studie bylo přiblížit problematiku chronické nenádorové bolesti a pokusit se posoudit, jaký vliv má chronická revmatická bolest na kvalitu života starých lidí. Zajímali jsme se o to, jak se chovají pacienti během ataky bolesti, které způsoby mírnění bolesti znají a jak je využívají, jak sami hodnotí přístup zdravotníků, zda bolest ovlivňuje jejich způsob života a mezilidské vztahy, jaký je jejich pohled na smysl života s bolestí. Výsledky našeho dotazníkového šetření u 102 pacientů starších 60 let z Centra pro studium a léčbu bolestivých stavů ve Fakultní nemocnici Ostrava nám potvrdily, že chronická nenádorová bolest má negativní vliv na jejich život.

Práce vznikla v rámci dílčí pilotní studie k připravovanému výzkumu životního stylu seniorů.

Bibliografické odkazy

1. JAROŠOVÁ, D. Living with chronic pain – old people experiences. In *Abstracts of 11th Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers (WENR)*. Geneva, 2002. s.81.
2. NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K.: *Kvalita života lidí trpících chronickou bolestí*. Martin : JLF UK, 1997. 68s. ISBN 80-88866-03-0
3. SOFAER, B.: *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1997. 104 s.

PhDr. Darja Jarošová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava-Mar.Hory
e-mail: Darja.Jarosova@osu.cz

SYSTEMATICKÉ MONITOROVANIE SPOKOJNOSTI PACIENTOV V NEMOCNIČNOM PROSTREDÍ (V AMBULANTNEJ A LÔŽKOVEJ ZLOŽKE)

Martina Kandráčová, Ľubica Derňárová

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra klinického a komunitného ošetrovateľstva, Prešov

21. storočie sa všeobecne označuje za storočie kvality. V posledných dvoch desaťročiach význam kvality stúpol tak dramaticky, že sa niekedy hovorí o „revolúcii kvality“, keďže kvalita výrobkov a služieb je základom pre dosiahnutie tzv. kvality života. Maximalizovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti je jednou z prvoradých úloh ošetrovateľstva nového tisícročia.

V súčasnom období prebieha v rámci rezortu zdravotníctva množstvo zmien kvalitatívne i kvantitatívne odlišných. Je otázne, či každá zmena znamená krok vpred. Predstavitelia riadiacich orgánov zdravotníctva stále deklarujú udržanie vysokej úrovne poskytovaných služieb, ale pýtame sa, či zodpovedá tomu realita?

V našom príspevku sa zaoberáme problémom monitorovania spokojnosti pacientov s poskytovanou zdravotníckou starostlivosťou, keďže sme sa zúčastnili projektu PHARE SR č.9708.02.01., ktorý sa zameriava na zistenie úrovne kvality poskytovaných zdravotníckych služieb v ambulantnej a lôžkovej zložke nemocníc.

Vo výskume sme si stanovili nasledujúce úlohy:

1. Overiť metodiku prieskumu spokojnosti pacienta podľa projektu PHARE SR č.9708.02.01.
2. Použiť komplexnú softwarovú aplikáciu Phare Quest pre zber dát a vytváranie výstupov pre využitie v manažmente.
3. Posilniť motiváciu ošetrojúceho personálu ku kvalite vytvorením spätnej väzby.
4. Zvýšiť kultúru organizácie a jej konkurenčnú schopnosť a tým zlepšiť ekonomické výstupy organizácie.
5. Prezentovať výsledky dotazníka.
6. Vyhodnotiť výsledky a vypracovať odporúčania pre prax.

Pre zaistenie objektívneho monitorovania poskytovanej kvality zdravotníckych služieb sme použili metódu dotazníka. V rámci výskumu sme sledovali 4 parametre:

1. *očakávania pacienta* (v zmysle odbornosti výkonu, závažnosti témy, sociálnej a kultúrnej tradície)
2. *osobná skúsenosť pacienta* (predpokladá vyjadrenie laického aspektu kvality zdravotníckeho výkonu, vyjadrenie pocitu uspokojenia, sociálnej a kultúrnej skúsenosti a komparatívneho faktora – porovnania medzi pracoviskami)
3. *index kvality* – je komplexným ukazovateľom miery spokojnosti klienta s kvalitou poskytovanej služby
4. *trendy* – sledujú vývoj hodnoty Qj (pričom táto hodnota je násobkom 2 aspektov – očakávania a skúsenosti) v dvoch susediacich obdobiach sledovania na tom istom pracovisku.

Pre stanovenie významnosti trendov bol použitý t- nepárový (Studentov) test.

Cieľové ambulantné a lôžkové zložky nemocnice boli tie, kde sa odohrala akákoľvek zmena. Výskyt zmeny bol nevyhnutný z hľadiska porovnania kvality poskytovanej zdravotníckej starostlivosti pred a po uskutočnení danej zmeny. Výskum sa uskutočňoval pri minimálnom počte 50 platných dotazníkov za každé oddelenie a za sledované obdobie (1 mesiac), pričom celkový počet respondentov bol 300. Respondentmi boli klienti/pacienti ambulantnej a lôžkovej zložky nemocnice. Oslovení boli všetci

prítomní klienti/pacienti, avšak svoju účasť odmietlo 55% oslovených z dôvodu nezájmu o danú problematiku.

Výskum prebiehal v 2 ambulanciách obvodného lekára a na internom oddelení. V ambulancii obvodného lekára X došlo ku plánovanej zmene a to presťahovanie ambulancie do nových priestorov. V ambulancii obvodného lekára Y došlo k rovnakej zmene a navyše sa vystriedali lekári. Interné oddelenie prešlo plánovanou zmenou - a to zrušením aplikovania ošetrovateľského procesu na oddelení.

Ambulantný dotazník bol zameraný na oblasti záujmu lekára o pacientove problémy, pripomienky a požiadavky, informovanosti o zdravotnom stave, priateľskosti lekára, efektívnej práci a časovom aspekte poskytovania starostlivosti, dostupnosti lekára a sestry, ochoty pokračovať v liečbe aj v prípade neúspechu, možnosti prechodu k inému lekárovi, uprednostňovania liekov hradených poisťovňou, poskytovania „pozorností“, pohodlie a kultúru v čakárni a ambulancii, priateľskosť a ochotu sestier, ich efektívnu prácu a rešpektovanie klientových/pacientových požiadavok.

Nemocničný dotazník bol zameraný na oblasti požiadaviek na poskytovanú starostlivosť, situácie pri prijatí pacienta do nemocnice, prácu a prístup ošetrojúceho personálu, stravovanie, ubytovanie a sociálne zariadenie, situácii pri odchode z nemocnice a presvedčenia z pobytu v nemocnici.

Z výsledkov výskumu vyplýva, že hodnoty očakávaní a skúseností respondentov sa pohybujú približne na rovnakej úrovni pred, aj po uskutočnení plánovanej zmeny na každom sledovanom pracovisku, a preto sa budeme venovať výstupom trendov.

Ambulancia obvodného lekára X

Medzi dvoma sledovanými obdobiami sledujeme rozdiely v kvalite poskytovanej starostlivosti v zmysle zlepšenia:

- poskytovanie starostlivosti bez ohľadu na „pozornosti“,
- adekvátne kultúra a úprava ambulancie a čakárne ,
- pozitívny prístup sestier a ich dostupnosť v ambulantnom zariadení.

Nevieme si vysvetliť zlepšenie v oblasti poskytovania starostlivosti bez ohľadu na pozornosť, možné príčiny zlepšenia ostatných tvrdení pramenia z dôvodu presťahovania ambulancie – podmienky vybavenia a situovania ambulancie sa výrazne zmenili k lepšiemu. Pred presťahovaním bola ambulancia situovaná pri hlavnej cestnej komunikácii, čo súviselo s prenosom značného prachu a hluku do čakárne a ambulancie. Na danom mieste nebolo možné vetrať v pravom slova zmysle. Po presťahovaní bola ambulancia umiestnená v blízkosti parku, čakáreň bola vyzdobená kvetmi a bolo vynovené sociálne zariadenie. Z toho usudzujeme, že nielen na pacientov, ale aj na ošetrojúci personál malo prostredie pozitívny vplyv. Preto po úprave podmienok sa zlepšila spokojnosť zo starostlivosťou nielen v oblasti úpravy prostredia, ale aj v prístupe ošetrojúceho personálu ku klientovi/pacientovi. Môžeme konštatovať, že plánovaná zmena priniesla zlepšenie kvality starostlivosti.

Ambulancia obvodného lekára Y

Plánovaná zmena ambulancii daného lekára nepospela, ba práve naopak, celková úroveň kvality poskytovanej starostlivosti klesla o 2 až 23 %, pričom najvýraznejšie bola poznačená oblasť informovanosti o ochorení a predpisoch liekov hradených poisťovňou. V tesnom závесе je oblasť poskytovania starostlivosti s ohľadom na „pozornosti“ a prístupu lekára k pacientovi. Pri porovnaní ambulancií obvodného lekára X a Y je zrejmé, že kvalitnejšia starostlivosť sa poskytuje v ambulancii obvodného lekára X, keďže priestorové aj materiálne vybavenie oboch ambulancií je rovnaké. Potvrdil sa fakt, že osobnosť lekára má väčší vplyv na kvalitu poskytovanej starostlivosti ako prostredie ambulancie. Odporúčali sme preto výmenu lekára, keďže súčasný neprejavil ani

minimálnu ochotu spolupracovať, ba začal sa voči pacientom správať ešte nepríjemnejšie ako dovtedy.

Interné oddelenie

Medzi dvoma sledovanými obdobiami pozorujeme signifikantné zníženie kvality v oblasti ochoty sestier poskytovať informácie, venovať pacientovi primeraný čas, reagovať na jeho problémy. Ďalej sme pozorovali pokles kvality v oblasti hygieny a čistoty daného zariadenia. Pokleslo aj presvedčenie o zlepšení zdravotného stavu po hospitalizácii a odporúčanie nemocnice svojim príbuzným a známym. Z týchto výstupov vyplýva, že plánovaná zmena spôsobila pokles v kvalite poskytovanej starostlivosti na danom oddelení hlavne v činnosti sestier a preto sme odporúčali opätovne zaviesť metódu ošetrovateľského procesu v záujme zlepšenia kvality starostlivosti.

Na základe výsledkov výskumu sme vypracovali nasledovné odporúčania pre klinickú prax:

- Monitorovanie spokojnosti pacientov by malo byť súčasťou nástrojov riadenia organizácie ku kvalite zdravotníckej starostlivosti a postupnej akreditácie pracoviísk.
- Monitorovanie by sa malo opakovane uskutočňovať v intervaloch 3-6 mesiacov s dôrazom na oddelenia resp. ambulancie u ktorých dochádza k výrazným zmenám v personálnom zložení, organizačnom poriadku a pod.
- Výsledky monitorovania by mali byť poskytnuté riadiacim pracovníkom stredného manažmentu s cieľom vykonania opatrení na odstránenie signalizovaného zníženia kvality (napr.oboznámenie zamestnancov formou školenia, seminárov, odstránenia nedostatkov v zásobovaní, hygiene a pod.)
- Výsledky monitorovania by mali byť pravidelne zaraďované do hodnotiacich správ, gremiálnych porád i porád vedenia organizácie.
- Monitorovanie by malo vytvoriť priestor pre zdokonalenie klinickej prevádzky a pozitívnu motiváciu zamestnancov smerom ku kvalite.

Bibliografické odkazy

1. DRAGULA, M.- FUNIAK, S.- KOMPIŠ, D.: Systém kvality služieb zdravotnej starostlivosti. *Zdravotnícke noviny*, 6, 2001, č.6, s.5, ISSN 1335-4477.
2. INFORMAČNÝ MATERIÁL MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR: *Analýza transformačného procesu zdravotníctva SR*.
3. MATULA, P. et al.: Prieskum spokojnosti pacientov s kvalitou zdravotníckej starostlivosti v nemocničných zariadeniach. *Slovenský lekár*, 8, 1998, č.2, s.9-13, ISSN 1335-0234.
4. NORTHERN IRELAND QUALITY AWARD 2000- SUBMISSION. Down Lisburn Trust. Osobné zdelenie RNDr. Pavla Matulu, CSc. z konferencie Phare uskutočnenej 29.10.2000
5. ZÁVEREČNÁ SPRÁVA PROJEKTU PHARE SR Č.9708.02.01, 2000, Košice.

Mgr. Martina Kandráčová
Prešovská univerzita
Fakulta zdravotníctva
Katedra klinického a komunitného ošetrovateľstva
Sládkovičova 36
080 01 Prešov
Slovenská republika

POZNATKY Z VÝUČBY PREDMETOV V OŠETROVATEĽSTVE V HANZEHOGESCHOOL, GAMMA FACULTY, GRONINGEN

Jana Košková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, Ostrava

Vo svojom príspevku sa autorka podeluje o skúsenosti z výučby odborných predmetov v ošetrovatelstve, ktoré získala na Gamma Fakulte, Hanzehogeschool van Groningen.

Groningen je najväčšie mesto na severe Holandska. Má 170 000 obyvateľov a zaraďuje sa tak na siedme miesto vo veľkosti v krajine.

Univerzita v Groningene vznikla v roku 1614 a je druhou najstaršou v Holandsku. Má 5000 zamestnancov, ktorí pracujú na desiatich fakultách. Univerzitu navštevuje 20 000 študentov, možno aj preto je Groningen pokladaný za mesto mladých.

Katedra ošetrovatelstva ZSF OU má uzavretý Socrates program s tamojšou katedrou ošetrovatelstva, ktorá sídli na Gamma Fakulte. Katedra ošetrovatelstva v Hanzehogeschool vzdeláva budúce sestry v bakalárskom programe ošetrovatelstva. Štúdium je štvorročné a rozdielom oproti nášmu typu vzdelávania je možnosť získať špecializáciu, napr. v odbore psychiatrická sestra, už počas štúdia. Kurikulum je postavené na kompetenciách sestry.

Základnou vyučovacou metódou je **Problém Base Learning**. Je to didaktická vyučovacia metóda, ktorá začleňuje riešenie problému samotnými študentmi ako prostriedok ich intelektuálneho rozvoja. (Průcha a kol., 2001, s.179) Vyučujúci neposkytuje študentom vedomosti v konkrétnej hotovej podobe, ale prostredníctvom problémov ich vedie k aktívnej činnosti a k aktívnemu samostatnému získavaniu nových vedomostí a zručností. (Petlák, E.,1997, s. 225)

V Hanzehogeschool je táto metóda využívaná u väčšiny predmetov. Všetky ošetrovateľské predmety sú vyučované pomocou problémového učenia sa. Veľkosť skupinky je 8-12 študentov. Študenti spracúvajú problémy vo dvojiciach. Škola má k dispozícii potrebnú literatúra, zvlášť pre študentov a zvlášť pre učiteľa. Je tak podrobná, že aj vyučujúci, ktorý nie je priamo odborník napríklad na ošetrovatelstvo v interne, je schopný viesť študentov v tomto predmete. Okrem toho je na každý predmet vypracovaný hodnotiaci formulár. Vyučujúci teda hodnotí študentov priebežne.

Kritériá hodnotenia:

- Ako zvládli riešenie zadaného problému
- Aktívna spolupráca pri riešení problémov v tíme
- Odovzdávanie spätnej väzby spolužiakom počas ich prezentácie

Keďže študenti strávia veľké množstvo času riešením problému, škola má niekoľko počítačových učební a knižníc s potrebnou literatúrou. Študenti sú pri vstupe do študijného programu podrobne oboznámení s metodikou problémového vyučovania.

Výučba predmetu Komunikácia

V Hanzehogeschool sa predmet nazýva **Komunikačné zručnosti**. Názov vystihuje obsah predmetu, ktorý pozostáva z praktického nácviku komunikačných zručností. Teoretická báza je odovzdávaná prostredníctvom literatúry a je na ňu vyhradené samoštúdium. Samotná výuka pozostáva z cvičení komunikačných zručností.

Hodinová dotácia: 1hodina/1 týždeň. Tento zdanlivo nízky počet hodín je daný tým, že študijný program neoddeľuje predmety ako je komunikácia, psychológia, etika a.i. od ošetrovateľských predmetov, ale ich integruje priamo do nich. Napríklad na výučbe

ošetrovateľskej starostlivosti o psychiatrického pacienta sa študenti podrobne učia aj komunikáciu s takýmto pacientom.

Komunikačné zručnosti sú vyučované v malých skupinkách (do dvanásť ľudí). Je to jeden z mala predmetov, kde sa nevyužíva didaktická metóda problémového vyučovania.

Tematická báza komunikačných zručností

1. hodina: Komunikácia všeobecne
2. hodina: Komunikácia s klientmi, ktorí nehovoria pravdu
3. hodina: Aktívne počúvanie pacienta/klienta
4. hodina: Techniky reflexie a parafrázovania
5. hodina: Prezentácie študentov
6. hodina: Komunikácia s rôznymi vekovými skupinami pacientov súčasne (napr. rodič a dieťa)
7. hodina: Komunikácia v problémových situáciách, napr. odovzdávanie zlých správ
8. hodina: Komunikácia so skupinou v ktorej je komunikačný konflikt, zvládanie konfliktu
9. hodina: Asertivita
10. hodina: Komunikácia s ľuďmi, ktorí negativizujú každú odpoveď
11. hodina: Kríza a konflikt v komunikácii
12. hodina: Asesment získaných vedomostí študentov, skúška

Škola má špeciálnu miestnosť na výuku komunikácie, v ktorej je okrem základných didaktických pomôcok aj možnosť využívať videozáznam priamo z výučby, takže študenti majú spätnú väzbu o svojich komunikačných zručnostiach. Učebňa je umiestnená v rámci komplexu laboratórií na výuku ošetrovateľských techník. Študenti sa tak učia v prostredí, ktoré je maximálne priblížené reálnemu prostrediu zdravotníckeho zariadenia. Predmet vedie odborník z oblasti psychológie. Do posledných 4 hodín výučby, po prebratí základného učiva, vstupuje aj sestra z klinickej praxe. Táto časť výučby prebieha už priamo v laboratóriu na výuku ošetrovateľských techník. Predmet je tak garantovaný odborníkom z oblasti psychológie a z oblasti ošetrovateľstva.

Záverečná skúška je čisto praktická, koná sa s reálnymi klientmi. Počas dňa otvorených dverí sa ponúka širokej verejnosti možnosť zúčastniť sa výučby ako potencionálni pacienti. S nimi potom študenti vedú rozhovory. Skúšky sa zúčastňujú obidvaja vyššie spomenutí vyučujúci, ktorí pozorujú správnosť komunikácie. Škola tento spôsob overovania si vedomostí a praktických zručností z komunikácie zaviedla minulý rok a stretla sa s veľkým záujmom verejnosti.

Výučba predmetu Ošetrovateľské zručnosti

Predmet je zaradený do prvého a druhého ročníka štúdia. Vyučujú ho sestry z Univerzity nemocnice, ktoré majú zmluvu so školou.

Výučba ošetrovateľských zručností má široké didaktické zázemie:

- Laboratórium pre výuku predmetu pod vedením pedagóga
- Tri laboratória pre praktické precvičovanie. Sú neustále otvorené a prístupné študentom, ktorí môžu kedykoľvek prísť a cvičiť si výkon. Sú plne vybavené materiálom a pomôckami tak, že každý študent môže cvičiť samostatne na vlastnom modeli
- Mediálnu miestnosť, v ktorej si študenti môžu pozerať videa s technikou výkonov alebo využívať interaktívne počítačové programy na CD
- V každom laboratóriu sú cvičebné panely, plne vybavené pomôckami a centrálnym prívodom kyslíka
- Jednotlivé súbory výkonov sú presne popisované v učebnom materiáli, ktorý obsahuje CD s video ukázkami postupov

Výučba je organizovaná tak, že pedagóg predvedie podobne ako u nás každý výkon a študenti si ho potom sami precvičujú, v laboratóriách pre nich určených, podľa svojej individuálnej potreby.

Keď si študent myslí, že má výkon dostatočne zvládnutý, nahlási sa u vyučujúcej, ktorá preverí správnosť ošetrovateľského postupu a v prípade vyhovujúcich znalostí študenta mu zaznačí výkon ako splnený. Študenti sú takto preskúšaní zo všetkých ošetrovateľských techník.

Podobne je vedená aj napríklad výučba predmetu Prvá pomoc a ďalšie predmety, ktoré vyžadujú praktické precvičovanie odborných vedomostí a zručností.

Pobyt v Hanzehogeschool bol pre autorku veľkým prínosom, nie len po stránke odbornej, ale aj po stránke medziľudskej. Mala možnosť porovnávať náš vzdelávací program a prístup k študentom so zahraničným programom.

Bibliografické odkazy

1. PETLÁK, E., *Všeobecná didaktika*. Bratislava: Iris, 1997. ISBN 80-88778-49-2
2. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2
3. RILEY, B., *J. Communication in Nursing*. St. Louis: Mosby, 2000. ISBN 0-323-00872-0
4. www.hanze.nl

*Mgr. Jana Košková
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Jana.Koskova@osu.cz*

KOMUNIKACE S CIZINCI PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A RESPEKTOVÁNÍ JEJICH TRANSKULTURNÍ / MULTIKULTURNÍ ODLIŠNOSTI

Jana Kutnohorská

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, Ostrava

Úvod

Usilujeme o vstup do Evropské unie a proto by měl být zdravotnický personál připraven na intenzivní kontakty s příslušníky jiných států, národů, etnik – jiných kultur. Také politické změny ve světě a měnící se ohniska válečných a etnických konfliktů vyvolávají příliv jiných etnik do Evropy, včetně České republiky. Etnická paleta populace žijící v současné České republice je dosti pestrá a to způsobuje řadu problémů, mj. také proto, že většina Čechů není připravena na soužití s jinými etniky. Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb klientů/pacientů. To vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti v oblasti lidských potřeb. Sestry by měly umět zhodnotit aktuální zdravotní stav a reakce pacienta na neuspokojené potřeby, včetně potřeb souvisejících s odlišnou kulturou, a podle toho průběžně zajišťovat individuální péči.

Souhrn

Multikulturní pohledy na různé aspekty života se stávají nutností v případě současné i nastávající generace. Společenské změny jsou rychlejší než možnosti změny výchovně vzdělávacího systému. Také zdravotníci jsou vzhledem ke zvýšené migraci cizinců do České republiky konfrontováni s problémy, které dříve neznali: komunikační bariéry, různost náboženského vyznání, různorodost životních stylů atd.

Sestra péči o obnovu zdraví musí vykonávat v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny. Profese sestry-ošetrovatelky je tradičně spojena s morálními nároky. Nejde jen o odborné znalosti, zručnost a dovednosti, ale také schopnost eticky jednat s lidmi a umět spolupracovat. Jde vždy o dobro, které má různé konkrétní podoby. Velký okruh problémů ošetrovatelství souvisí s tím, že morální přístup není vždy jednoznačný. Když sestra hledá blaho nemocného, nemusí to být totéž jako zájem pacienta a cíl rodiny pacienta. Zkušenosti z praxe však ukazují, že je to právě oblast lidských potřeb, kde sestrám chybí potřebné vědomosti a vzdělání

Výsledky výzkumu

Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, katedra ošetrovatelství, byla v roce 2002 řešitelem grantu Ministerstva zdravotnictví České republiky s názvem „Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství“. Výsledkem jsou učební texty pro bakalářské studijní programy. Tyto texty poslouží rovněž učitelům nově koncipovaného předmětu multikulturní výchova i učitelům etiky na středních a vyšších zdravotnických školách. A jistě budou přínosné i pro zdravotnickou praxi.

Autoři (zpracování se účastnilo 7 řešitelů) se zaměřili na následující problematiku: transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče; transkulturní ošetrovatelské zhodnocení, aplikace kulturně specifických ošetrovatelských modelů; vymezení pojmu transkulturní ošetrovatelství a jeho dimenze; duchovní život člověka ve zdravotnickém prostředí cizí země s přihlédnutím ke kulturnímu profilu osobnosti; cizinci v České republice a otázky integrace a zdravotní péče; charakteristika systému poskytování

zdravotní péče v České republice, práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče, platné právní předpisy a mezinárodní dohody; odlišnosti systému zdravotní péče v České republice od zdravotní péče států, z nichž k nám přichází nejvíce cizinců; etické aspekty a komunikační etiketa v multikulturním ošetrovatelském přístupu; komunikativní a jazykové bariéry; výživa v multikulturní péči.

Ošetrovatelské teorie, jejich podstata a obsah v souhrě s kritickým pohledem současnosti tvoří základní pilíře ošetrovatelské péče v transkulturním kontextu. Během posledních let byla vyvinuta řada konceptů, zkoumány kultury samy o sobě, kulturně podmíněné fenomény péče o nemocné, aspekty vzdělávání ošetrovatelského personálu v oblasti transkulturní péče, neboť odpovídající vědění umožňuje poskytnout adekvátní kulturně diferencovanou péči.

Centrálním faktorem transkulturní kompetence není odlišná kultura, nýbrž sama interakce zúčastněných (zdravotnický personál - pacient). Pro ošetrovatelskou praxi je nejdůležitější sensibilita pro danou situaci, v níž se nemocný i ošetřující nachází a otevřená komunikace o odlišnostech vnímání téhož z různých pohledů zúčastněných. Na všechny tyto aspekty v širěji koncipovaném pohledu jsme se v učebních textech zaměřili.

Velmi přínosná je sociologická sonda postojů k multikulturní zdravotní péči, která směřovala k doplnění teoretických problémů zdravotní péče v multikulturním prostředí o poznatky z praxe zdravotní péče o pacienty – cizince. Zahrnula obě strany procesu: zdravotnické pracovníky a jejich postoje k dané tematice a názory pacientů, cizích státních občanů, kteří se léčili v lůžkových zařízeních v Praze a v Ostravě. Nejde o reprezentativní šetření, ale i názory 50 pacientů a 24 zdravotníků (lékařů a sester) mají určitou vypovídací hodnotu. Jde o první sondu tohoto druhu a její výsledky mohou pomoci spojit teoretický výklad s denní praxí. Použili jsme dotazník složený z 19 otázek, který mohl vyplnit pacient se znalostí češtiny nebo angličtiny sám, nebo mu pomohl s vyplněním tazatel. Dotazník byl anonymní a nezahrnoval otázky, které by mohly být pacientům nepříjemné, takže jsme se nesešli s neochotou při jeho vyplňování.

Z hlediska státní příslušnosti jde o široké spektrum zemí převážně na východ od našeho území. Mezi padesáti pacienty je polovina ze zemí bývalého Sovětského svazu, především Rusové a Ukrajinci. Dále občané Zakavkazských republik (Gruzie, Arménie, Ázerbajdžán), dále Čechenci, Moldavané, Kazaši atd. Do další skupiny můžeme zařadit pacienty z bývalých socialistických zemí: Bulharska, Polska, Rumunska a také Jugoslávie. Různorodá je skupina pacientů ze zemí Blízkého a Středního Východu: Palestinec, Iráčan, Afghánci. Asiáté jsou zastoupeny kromě Vietnamců také Indy. Afričané občany z Maroka, Libye, Súdánu a Demokratické republiky Kongo. To nám ukázalo, že zdravotnický personál v ambulantních i lůžkových zařízeních České republiky se může setkat s pacienty velmi vzdálených oblastí, rozmanitých způsobů života, kultury, náboženství aj.

Mezi dotazovanými nebyli občané Slovenské republiky. Když jsme se zdravotníků dotazovali, proč nedali dotazník občanům Slovenské republiky, vždy jsme se setkali s odpovědí, že je nepovažují za cizince. Zřejmě ještě přežívá myšlenka ze společné Československé republiky. Také nebyli mezi dotazovanými Poláci. Ani Ti nejsou na Ostravsku vnímáni jako zvláštní cizí etnikum.

Součástí bezchybného profesionálního přístupu zdravotníků je snaha o vysvětlení příčin zdravotních potíží pacienta a objasnění způsobu léčby, jejich rizik a předpokladu úspěchů. Obtíže mohou vzniknout v komunikaci s cizinci, kteří neumí česky a ani anglicky nebo rusky. To jsou jazyky, které často naši zdravotníci alespoň neúplně ovládají. V takovém případě je potřebné využít prostředky mimoslovní komunikace, pokud není možné zajistit tlumočení. Znalost českého jazyka u cizinců souvisí s délkou pobytu pacienta v České republice. S obtížemi se domluví 34 % a vůbec nedomluví 18 %. Zdá se, že někteří své znalosti přeceňují, protože 48 % z nich považuje své znalosti češtiny za

dobré. Celkově se jeví délka pobytu jako významnější faktor pro znalost češtiny než příbuznost jazyka pacienta.

Větší či menší zkušenosti se zdravotní péčí v České republice měli všichni dotázaní cizinci, mohli tedy zhodnotit a porovnat odlišnost zdravotní péče v zemi původu a v ČR. Otázka pacienty zaujala a všichni na ni odpověděli. Kromě dotázaných ze západních států oceňovali všichni respondenti zdravotní péči v ČR výš než zdravotnictví ve vlastní zemi. Všichni pacienti pocházející ze zemí na východ od České republiky a také dotázaní z rozvojových zemí hodnotí úroveň našeho zdravotnictví jako vyšší než je tomu v jejich zemi.

V některých případech může jít o propastné rozdíly. Tak například pacient z Demokratické republiky Kongo, který žije v ČR 10 let, poznamenal, že přišel z prostředí, v němž zdravotní péče v našem slova smyslu neexistuje, léčí se bylinami a zaříkáváním. Naopak pacientka z Holandska píše, že v její zemi zdravotnický personál více vyhoví pacientovi a celkový přístup k němu je liberálnější než v České republice.

Odlišnost životního stylu u nás a v zemích původu může vést k celkovým problémům v adaptaci na cizí prostředí a pobyt ve zdravotnických zařízeních může tyto problémy zdůraznit. V soukromí si může cizinec zvolit cestu plného dodržování původních zvyklostí. Při pobytu v nemocnici se musí přizpůsobit provozu zařízení. Na místě proto byla otázka, zda pacient měl při přijetí a v době pobytu ve zdravotnickém zařízení nějaké problémy. Dvě třetiny pacientů uvedlo, že žádné problémy při hospitalizaci nemělo, třetina se s problémy setkala. Potíže se soustřeďují do oblasti komunikace se zdravotnickým personálem a další nejčastější připomínky souvisí se stravováním. Týkají se všech muslimů výběrového souboru a jde o jejich konzumaci vepřového nebo hovězího masa. Časté jsou připomínky k nedostatku ovoce a zeleniny, uvádí se příliš tučná strava, nezvyklá úprava stravy (Vietnamec – rýže – není rýže). Je třeba konstatovat, že připomínky ke stravě jsou dominující. Většina dotázaných uvedla, že kombinují českou kuchyni se stravováním, na které jsou zvyklí ze svého původního prostředí. Pobyt ve zdravotnickém zařízení představuje situaci, kdy pacient může ovlivnit své stravování minimálně – jídlo mu přinesou příbuzní apod. Je téměř plně odkázán na stravu podávanou v lůžkovém zařízení. O tom, že strava je významnou součástí léčby není pochyb a přitom pacientovy návyky se mohou od standardu nemocnic lišit. Multikulturní zdravotnictví s tímto faktorem počítá.

Ve vztahu k cizincům a jejich zvláštnostem ve stylu života, stravovacím zvyklostem a celkové odlišnosti od místního obyvatelstva se někdy objevily názory, že by se měli přizpůsobit prostředí v němž žijí. Daleko více však modernímu pojetí multikulturní společnosti odpovídá představa, že integrace cizinců neznamená zbavení se kulturních specifíků a také zvláštnosti životního stylu.

Oba názory nás jen utvrdily v nutnosti multikulturní výchovy a osvěty. Ve vztahu k prvnímu názoru je nutné vysvětlit proč je nutný multikulturní přístup a to nejen v ošetřovatelství. Ve vztahu k druhému názoru je nutné zdravotnický personál vybavit potřebnými znalostmi, aby mohl pružně reagovat na potřeby cizinců.

Všichni se shodovali, že je nutné prohloubit jazykové znalosti zdravotnického personálu a také, že by prospěly ke zlepšení komunikace překlady základních informací o zdravotnickém zařízení. **Ze strany zdravotníků také zazněl požadavek zavedení výcviku jednání s cizinci. Objevily se i návrhy na zřízení oddělení pro cizince v rámci velkých nemocnic, umožnit hospitalizaci dětí s rodiči atd.**

Upozornili jsme jen na nejzajímavější závěry z naší sociologické sondy v rámci výzkumu. Chtěla bych ovšem podtrhnout, že výsledky sondy zdravotníků ukázaly, že většina z nich si uvědomuje, jak otvírání České republiky cizincům ovlivní práci zdravotníků. Uvědomují si nutnost určitých změn a sami je i navrhují, a to nejen v jazykové oblasti. (1)

Chtěla bych upozornit ještě na jednu skutečnost. Generace, která se vzdělávala a žila v Československé republice je bilingvní a nevnímá tak citlivě rozdíly mezi slovenskou a

českou národní tradicí a identitou. Generace mládeže, která se vzdělává žije ve dvou samostatných státech tj. České republice a Slovenské republice již bilingvní není a čeští studenty považují slovenský jazyk již za cizí jazyk a domnívám se, že je tomu i naopak. Asi bychom měli obecně daleko větší pozornost věnovat i rozdíům mezi zvyklostmi a tradicemi českého a slovenského etnika, jistě to přispěje v budoucnosti k dorozumění a vzájemnému pochopení mezi těmi, kteří jsou nyní našimi žáky – studenty.

Výsledkem analýzy obou anket je, že obě strany procesu léčebné péče dokumentují převahu vzájemného pochopení zdravotníků a cizinců přesto, že existují značné jazykové bariéry. Zdravotnický personál má většinou pochopení pro zvláštnosti životního stylu cizinců, ale např. problémy stravování nevnímá jako významné, zatímco pacienti – cizinci je považují za závažné. Prvořadými jsou pro obě strany otázky komunikace a na ty se soustředili hlavně zdravotníci. Náměty obou stran jsou v mnohém totožné, nebo se vzájemně doplňují.

Obecným cílem interkulturního vzdělávání (IKV) je podpora a upevňování vzájemných vztahů mezi sociokulturními skupinami, především mezi majoritou a minoritami.

Tento cíl klade na příslušníky všech sociokulturních skupin (nikoliv pouze na majoritní) následující nároky: uvědomit si, že rozmanitost a různorodost je založena na bezpodmínečné rovnosti, snažit se poznat odlišné kulturní identity a respektovat je jako rovnocenné, naučit se řešit konflikty pokojnou cestou. Cílem je připravovat studenty na život v kulturně pluralitní společnosti tak, že je vybavíme potřebnými interkulturními kompetencemi. Tyto kompetence jsou:

- znalosti o různých etnických a kulturních skupinách žijících v české a evropské společnosti
- dovednosti orientovat se v kulturně pluralitním světě a využívat interkulturní kontakty a dialog k obohacení sebe i druhých
- postoje tolerance, respektu a otevřenosti k odlišným skupinám a životním formám, včetně
- vědomí potřebnosti osobní angažovanosti. (2)

Evropská porada Světové zdravotnické organizace o Právech pacientů schválila při setkání v Amsterdamu ve dnech 28.-30.března 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Je to soubor zásad na podporu a uplatnění práv pacientů v evropských členských státech EU. Podmínky v jednotlivých zemích jsou různé a závisí na legislativě, systému zdravotní péče, kulturních a mravních hodnotách, ale je zde i určitý společný přístup, který se může vhodně přizpůsobit v každé zemi. Na několika místech je zdůrazněno, že **při poskytování zdravotnické péče musíme respektovat kulturu pacienta**. Například:

- V oddílu 1) *Lidská práva a hodnoty zdravotní péče* se v bodě 5) říká: „Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.“
- V oddílu 2) *Informovanost* se v bodě 4) zdůrazňuje: „Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci (překlad).“
- V oddílu 5) nazvaném *Péče a léčba* se v bodě 8) říká: “Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot.“ (3)

Pokud uvádíme hodnoty do praxe, děje se tak nejen přístupem k ošetřování nemocného, ale jako prostředku užíváme komunikativní dovednosti. Komunikace je závažná problematika a její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a

dovednostmi, znalostmi jazykovými, interkulturními rozdíly, společenskými zvyky jiných etnik. Interkulturní komunikace představuje rozvinutou interdisciplinární oblast (intercultural communication). Lidé, kteří jsou začleněni do interkulturní komunikace jsou vtaženi do komunikace prostřednictvím znalosti jazyka a druhá rovina je spjata s rituály a konvencemi, které komunikaci doprovázejí a ulehčují sociální kontakt. Někdy hovoříme o komunikační etiketě. Problémy především vznikají, když tuto komunikační etiketu nerespektujeme a jsou to někdy větší potíže než při neznalosti jazyka. Tato etiketa má totiž u některých kultur velký význam. *Komunikace o duchovních postojích, hodnotách víry, obecných věcech života si vyžaduje velmi citlivý přístup, aby případný mezikulturní rozdíl nebyl zdrojem bolestných citů ani překážkou dorozumění a účinné spolupráce ve snaze o návrat ke zdraví.* Popisuje to Dresser, N. v publikaci *Multicultural Manners* a Leininger, M. v publikaci *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices.* (4) Jde například o nám se jevící maličkosti při pozdravu – podání ruky, úsměv, oslovení, pohled do očí, respektování osobní zóny atd. Interkulturní rozdíly komunikace čekají na hlubší analýzu, ačkoliv se všeobecně uznává, že mají velký význam. Jedná se zejména o problém edukační. Interkulturní rozdíly v komunikaci mají specifický význam pro výkon některých profesí, včetně zdravotnických. I když se komunikuje s cizinci společným jazykem, ať už je to český jazyk nebo anglický, případně jiný, komunikační chování stran může být kulturně odlišné. A zde nás v oblasti multikulturního vzdělávání (výchovy), výzkumu i na poli osvěty čeká ještě mnoho práce. (5)

Několik obecných doporučení závěrem

Když se ocitáme v cizím prostředí jsme mnohem vnímavější k řadě podnětů, které v nám známém kulturním a sociálním prostředí nevnímáme jako něco jiného, mimořádného.

Měli bychom si to v kontaktu s příslušníkem jiné kultury uvědomit a dodržovat řadu obecně platných doporučení:

- Udělejte si na příslušníka menšiny čas, nesnažte se záležitost vyřídit „co nejrychleji“.
- Počítejte s jazykovými i kulturními bariérami, uvažujte o možných předsudcích na obou stranách, tedy i na vaší straně.
- Zjistěte v jakém jazyce se můžete dorozumět (angličtina, němčina ...), nakolik jej příslušník jiného národa ovládá.
- Hovořte pomalu, zřetelně artikulujte, nezvyšujte hlas. Používejte jednoduché věty, vyhýbejte se složitým souvětím.
- Pokud přicházíte často do kontaktu s příslušníky jedné a téže kultury, naučte se v jejich jazyce alespoň základní pozdrav. Projevujete tak o něj zájem.
- Pokud není jasné, co cizinec chtěl říci, nechte jej problém zopakovat ještě jednou, případně jinými slovy.
- Nechte příslušníka menšiny vyložit jeho pohled na problém (zdravotní).
- Naslouchejte mu se sympatiemi a snažte se pochopit jeho pohled na problém. Odhadněte i důvody, které ho k němu pravděpodobně vedou. Vysvětlete mu svůj názor na diskutovaný problém a argumenty, které za ním stojí.
- Upozorněte příslušníky menšiny na shody a rozdíly v jeho a vašem stanovisku a diskutujte podrobněji o rozdílech.
- Doporučte nejvhodnější způsob řešení daného problému i s ohledem na etické, etnické a kulturní zvláštnosti cizince. Rozumná míra kompromisu z obou stran je lepší než vyhrocování neshod, zesměšňování, vyhrožování či otevřený konflikt s vážnými důsledky pro cizince a ostatní (pacienta, zdravotníky i zdravotnický personál, ale může to platit i v jiných profesích například učitel – žák). (6)
- Mějte na mysli, že nehovoříme jenom slovy, že také tón hlasu a signály řeči těla jsou velmi důležité. Je obecně známo, že když spolu mluví dva lidé, je méně než třetina jejich

komunikace slovní a více než 65 % významu je předáváno signály řeči těla. Bedlivě sledujte neverbální příznaky strachu, nervozity atd., jejich projev může být kulturně zkreslený.

Závěr

Transkulturní komunikace má velký vliv na porozumění mezi národy a rasami, stává se nesmírně důležitá při kontaktu s přistěhovanci, utečenci i turisty. Pochopení verbální komunikace i neverbálních projevů je v dnešním multikulturním světě velmi významné.

Bibliografické odkazy

1. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní /multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* 2002. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetřovatelství. s. 8, výzkumná zpráva, Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství, Ostrava
2. *Interkulturní vzdělávání,* 2002. Příručka nejen pro středoškolské pedagogy, projekt Varianty, financovaný programem PHARE Evropské unie, realizovaný společností Člověk v tísni, společnosti při ČT, vydala společnost Člověk v tísni, společnost při ČT, o.p.s., s. 14, ISBN 80-7106-614-1
3. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky* (4).2002. Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky. Pracovní text. Ministerstvo zdravotnictví ČR, s.9, ISBN 80-85047-23-3
4. DRESSER, N., *Multicultural Manners,* 1996, Nex York, John Wiley, LEININGER, M., *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices,* 1994, New York: J LEININGER, M., *Transcultural Nursing Education: A Worldwide Imperative, Nursing end Health Care,* 1994, John Wiley and Sons, Reprint, Columbus, Ohio: Greyden Press, ISBN 0-07-037660-3
5. Multikulturní výchova (vzdělávání): Vyjadřuje snahy vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní. Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras apod.
6. MAREŠ, J, *Příprava lékařů na jednání s menšinami,* část II., 2001, Praktický lékař 81, č.8, s.457

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Jana.Kutnohorska@osu.cz

OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA VERSUS SPOLOČNÝ PROBLÉM

Silvia Kyčinová

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

Súhrn

Autorka sa v príspevku zaoberá praktickým dopadom diferenciacie ošetrovateľskej diagnózy a spoločného/kolaboratívneho problému v multidisciplinárnom zdravotníckom tíme. Stanovenie a riešenie ošetrovateľskej diagnózy je v kompetencii sestry, no mnohé problémy presahujú jej kompetencie a spadajú pod spoločný problém, na riešenie ktorého sa síce sestra podieľa, ale nerieši ho samostatne. Tento je v praxi často mylne považovaný za ošetrovateľskú diagnózu. Pre prácu sestry zákonom danou metódou ošetrovateľského procesu by sestra v praxi mala mať dostatočné informácie o riešení problematiky.

Kľúčové slová

Spoločný problém, kolaboratívny problém, ošetrovateľská diagnóza, lekárska diagnóza.

Úvod

Problematika ošetrovateľskej diagnózy a jej správneho stanovenia sa javí byť jasnou. Kozierová (1995, s. 189 – 203) pri jej definovaní vychádza z definície NANDA (1990), definuje ošetrovateľskú diagnózu ako „klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy či životný proces.“ (Kozierová, 1995, s. 190). Zároveň a odlišuje ošetrovateľskú diagnózu od diagnózy lekárskej. (Kozierová, 1995, s. 191). Zdôrazňuje, že ošetrovateľská diagnóza sa s lekárskou nevyklučuje, ale sa vzájomne dopĺňajú. V praxi a pri praktickom vyučovaní sa však stretávame s problémami, ktoré podľa definície ošetrovateľskou diagnózou nie sú, no nie sú ani diagnózou lekárskou. Ide o problém, ktorý je spoločný pre lekára i sestru, pre medicínu i ošetrovateľstvo, v anglosaskej literatúre nazývaný pojmom „collaborative problem“, v slovenskej literatúre ho poznáme pod pojmom „spoločný, alebo kolaboratívny problém. Ide o zdravotný alebo iný problém pacienta, ktorý môže byť aktuálny alebo potenciálny. Spoločný problém monitoruje, identifikuje a pozoruje spravidla sestra, no keďže nie je v jej kompetencii riešiť ho, pri riešení spolupracuje s lekárom, alebo inými odbornými pracovníkmi.

Metodika

Pri riešení spoločného problému sa musíme odraziť od definície lekárskej a ošetrovateľskej diagnózy. *Lekárska diagnóza* charakterizuje poranenie alebo ochorenie pacienta, ktoré identifikuje a stanoví metódami medicínskej diagnostiky. Ide teda o špecifický chorobný proces. Riešenie problému vychádza z liečby, ktorá môže byť zameraná na úpravu alebo predchádzanie patologickému stavu. Oproti tomu *ošetrovateľská diagnóza* hovorí o aktuálnom alebo potenciálnom zdravotnom probléme, ktorý vychádza zo špecifickej odpovede jednotlivca alebo skupiny na zdravotný alebo iný problém. Je odpoveďou jednotlivca na aktuálny (problém, ktorý sa vyskytuje tu a teraz) alebo potenciálny problém (problém síce momentálne neexistuje, ale z povahy ochorenia alebo stavu klienta je pravdepodobné, že sa môže vyskytnúť). Sestra ošetrovateľskú diagnózu identifikuje, validizuje a rieši nezávisle a samostatne. *Spoločný problém* je aktuálny alebo potenciálny zdravotný problém / komplikácia, ktorý je zameraný na patofyziologickú odpoveď organizmu na úraz, chorobu, diagnostické vyšetrenie alebo liečbu. Za jeho odhalenie a

identifikáciu je zodpovedná sestra, no rieši ho v spolupráci s lekárom alebo iným odborníkom. (Nursing diagnosis, 2002)

Spoločný problém je problémom, ktorý sa týka lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti zároveň. Začína sa obvykle diagnostickou formulkou „**potenciálna komplikácia**“.

Ošetrovateľská diagnóza aj spoločný problém obsahujú všetky kroky ošetrovateľského procesu: zber údajov, diagnózu, plánovanie, implementáciu a vyhodnotenie. Každá si však od sestry vyžaduje odlišný prístup. S ošetrovateľskou diagnózou sestra pracuje v každej fáze ošetrovateľského procesu, v spoločnom probléme implementačná fáza v prevažnej miere činností nieje v kompetencii sestry.

Posúdenie a diagnostika ošetrovateľskej diagnózy a spoločného problému

Pri ošetrovateľskej diagnóze zber údajov zahŕňa zozbieranie dát na identifikáciu znakov a symptómov aktuálnej ošetrovateľskej diagnózy alebo rizikového faktory pre vysoké riziko ošetrovateľskej diagnózy.

Zber údajov pre spoločný problém sa zameriava na vymedzenie stavu problému. Sestra identifikuje spoločný problém v tom prípade, keď určité situácie zvyšujú riziko vzniku komplikácie alebo keď ku komplikácii dôjde. (Carpenito, 1995, s. 31). V nasledujúcej schéme je znázornený spoločný problém pre potenciálnu a aktuálnu komplikáciu.

	AKTUÁLNA KOMPLIKÁCIA	POTENCIÁLNA
KOMPL.		
Situácia:	dysrytmia po infarkte myokardu	sínusový rytmus po IM
	↓	↓
Diagnóza: komplikácia:	potenciálna komplikácia: dysrytmia	potenciálna dysrytmia
	↓	↓
Ohnisko ošetrovateľstva:	monitorovanie stavu zvládanie dysrytmie (plnenie lekárskeho ordinácií)	monitorovanie vzniku zvládnutie epizódy (privolanie lekára, príp. resuscitácia)

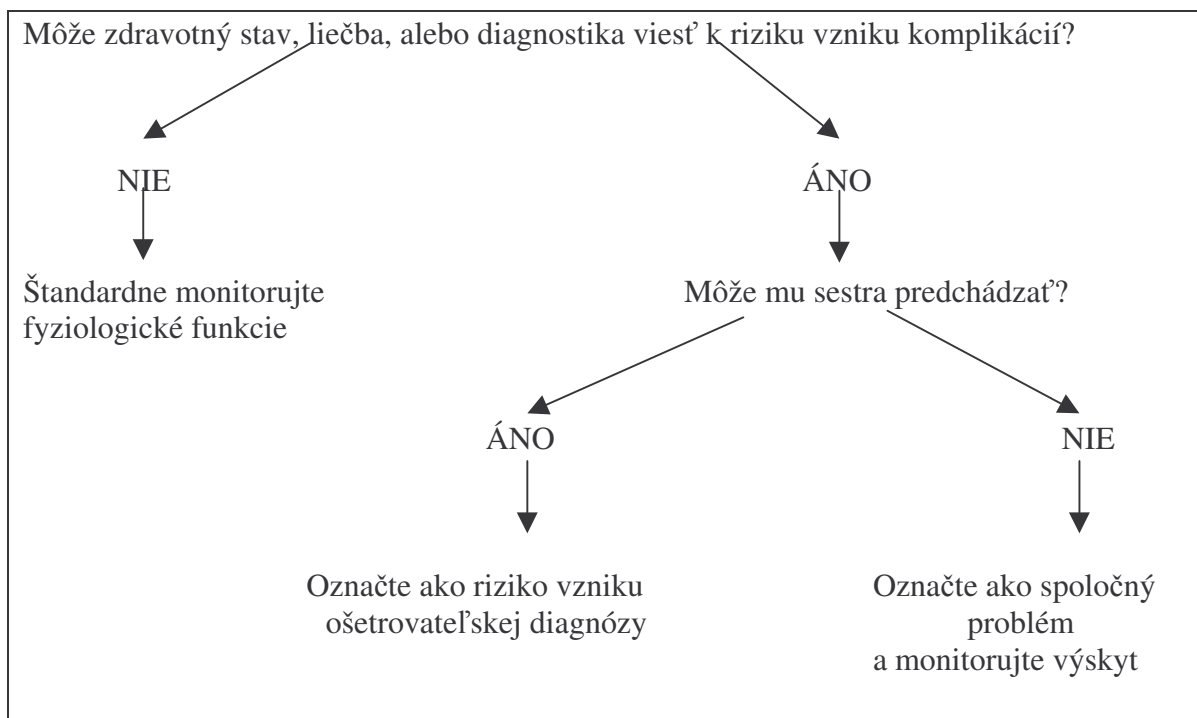
Carpenito, 1995, s. 32 (upravené autorkou)

Spoločný problém sa vyskytuje alebo sa môže vyskytnúť v súvislosti s ochorením pacienta alebo liečbou. Relevantné informácie pre ošetrovateľstvo si vyžadujú zber údajov o riziku vzniku problému, včasná identifikácia problému, ktorá môže predchádzať zhoršeniu zdravotného stavu alebo úmrtia pacienta.

Príklad: U pacienta po operácii v brušnej dutine hrozí riziko krvácania a hypoxie. Sestra stanoví spoločný problém: Potenciálne riziko: krvácanie do brušnej dutiny
Potenciálne riziko: hypoxia

Zo stanovených problémov potom vychádza plánovanie a možné intervencie.

V schéme vidíme algoritmus odlíšenia ošetrovateľskej diagnózy a spoločného problému podľa kompetencií a možností riešenia problému.



Príklad: Ošetrovateľská diagnóza „riziko deficitu objemu tekutín súvisiace s ich stratou v priebehu operácie a možným pooperačným krvácaním“ (NANDA) môže mať cieľ a výsledné kritériá nasledovné:

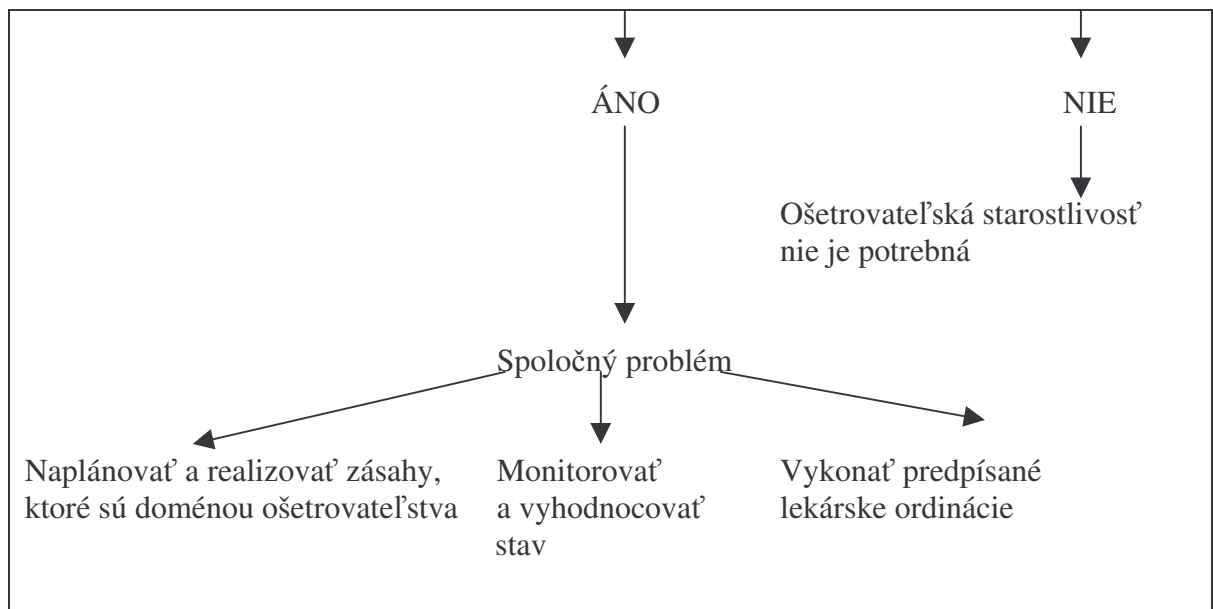
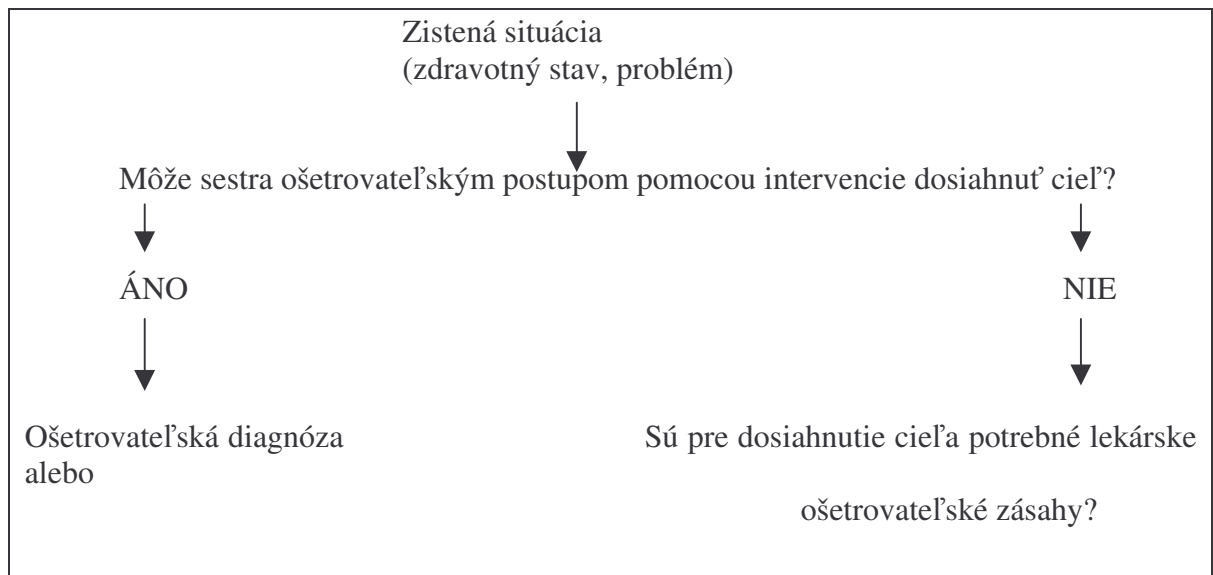
Cieľ: Klient bude mať rovnováhu tekutín

Výsledné kritériá: * krytie operačnej rany bude čisté a suché
* TK a pulz budú v norme

Ak v uvedenom príklade dôjde ku krvácaniu, sestra ho síce zachytí, ale nemá kompetencie ho riešiť, deleguje preto túto povinnosť na lekára. Keď sestra v hodnotení zaznamená, že delegovala riešenie problému na lekára, v tomto prípade sa jedná o spoločný problém. Preto diagnózu „riziko deficitu objemu tekutín“ je lepšie formulovať ako „**Potenciálna komplikácia: krvácanie**“.

Výsledné kritériá sú pre spoločný problém nepoužiteľné. Sú kritériami, ktoré nemôžu byť využité pri vyhodnocovaní účinnosti ošetrovateľských intervencií.

Nasledujúca schéma objasňuje vzťahy medzi cieľmi ošetrovateľskej diagnózy a spoločného problému.



Ošetrovateľská diagnóza musí mať vysokú spoľahlivosť (reliabilitu). Pre validizáciu údajov získaných v prvej fáze ošetrovateľského procesu je nevyhnutný opakovaný a viac-menej sústavný zber údajov. Určenie ošetrovateľskej diagnózy si vyžaduje viac vstupných informácií a je celkovo zložitejšie ako identifikovanie kolaboratívneho – spoločného problému. To však neznamená, že ošetrovateľská diagnóza je dôležitejšia. (Carpenito, 1995, s. 32 – 33)

Cieľ

Ošetrovateľská diagnóza má odlišný pohľad na očakávané výsledky, teda na cieľ ošetrovateľskej starostlivosti ako spoločný problém. Cieľom starostlivosti o pacienta pri ošetrovateľskej diagnóze bude podľa definície „želaný výsledok či zmena na jeho ceste za zdravím“... a výsledné kritérium „špecifikáciou všeobecnejších cieľov.“ (Kozierová, 1996, s. 208 – 209) Pretože cieľ je „klientova odpoveď alebo správanie, ktoré sestra očakáva ako výsledok svojej činnosti.“ (Hickey, 1990, s. 74) Medzi ošetrovateľskou diagnózou a plánom starostlivosti sú identifikovateľné a logické spojenia a naplánované činnosti umožňujú dosiahnuť vytýčené a očakávané výsledky. (Carpenito, 1995, s. 32)

Pri spoločnom probléme je cieľom zabrániť zhoršeniu zdravotného stavu a predísť komplikáciám.

V odlíšení ošetrovateľskej diagnózy a spoločného problému môžu byť rozhodujúce teda práve ciele a výsledné kritériá.

Intervencia

Podľa Bulecheka a McCloskeyho sú ošetrovateľské intervencie definované ako „priama starostlivosť, ktorú sestra poskytuje v súlade s klientovými predstavami. Táto starostlivosť zahŕňa ošetrovateľskú starostlivosť ako výsledok ošetrovateľskej diagnózy, lekársku starostlivosť ako výsledok medicínskej diagnózy a vykonávanie denných činností za klienta, ktorý ich nemôže urobiť sám.“ (Carpenito, 1995, s. 33) Podľa tejto definície všetky ošetrovateľské intervencie súvisia s ošetrovateľskou diagnózou. To však môže znamenať, že ošetrovateľskou diagnózou sa stávajú medicínske problémy.

Carpenito (1995, s.34) uvádza dva typy ošetrovateľských intervencií:

- ◆ nezávislé ošetrovateľské (iniciovane sestrou)
- ◆ závislé (predpísané, delegované), Kozierová (1996, s. 224) pridáva:
- ◆ súčinné (v spolupráci s inými odborníkmi)

Bez ohľadu na typ intervencie, všetky vyžadujú kvalitné posúdenie a plán sestry, pretože sestra je v konečnom dôsledku zodpovedná za ich realizáciu.

Carpenito uvádza, že vzájomné prepojenie ošetrovateľskej diagnózy až po intervencie je významnou súčasťou definovania ošetrovateľskej diagnózy. Mnohé definície ošetrovateľskej diagnózy – vrátane NANDA definície z roku 1990 – sa zameriavajú na vzťah vybranej intervencie k ošetrovateľskej diagnóze. Typ ošetrovateľskej intervencie pomáha odlíšiť ošetrovateľskú diagnózu od spoločného problému. Pre ošetrovateľskú diagnózu aj spoločný problém robí sestra nezávislé rozhodnutia, ktoré sa premietajú do ošetrovateľskej intervencie. Charakter týchto rozhodnutí ich ale odlišuje. Pre dosiahnutie cieľa pri ošetrovateľskej diagnóze sestra nezávisle plánuje starostlivosť. Pri spoločnom probléme sestra konzultuje s lekárom a realizuje lekárom predpísané intervencie. Môže plánovať a realizovať aj nezávislé ošetrovateľské intervencie, ktoré sú vo väčšine prípadov súčasťou starostlivosti..

Poznáme aj intervencie, ktoré priamo neriešia ošetrovateľskú diagnózu.

Príklad: Pri ošetrovateľskej diagnóze „Obmedzená pohyblivosť súvisiaca s bolesťou v rane“ môže sestra plánovať tieto intervencie:

- ◆ vysvetliť potrebu pohybu
- ◆ naučiť pacienta ako si chrániť operačnú ranu pri kašli, hlbokom dýchaní, posadzovaní alebo otáčaní v posteli
- ◆ ak sú pri bolesti ordinované lieky, sestra zaznamená do dokumentácie podanie lieku, inštruuje pacienta, že má požiadať o liek akonáhle sa bolesť vráti
- ◆ vyhodnoťte, či úľava od bolesti je dostatočná, ak nie, informujte lekára a požiadajte o zvýšenie dávky lieku, alebo skrátenie časového intervalu podania
- ◆ plánujte činnosti, kúpanie, prevazy na čas, kedy má pacient najväčší komfort
- ◆ hovorte a diskutujte o cieľoch spolu s pacientom

Všetky uvedené intervencie sú intervenciami ošetrovateľskými. Lekárom ordinované intervencie sú predpísanie lieku a dávkovania. Bez lekárskej ordinácie nie je možné prekonať pooperačnú bolesť.

Monitorovanie a prevencia

Je monitorovanie intervencia? To závisí od toho akú použijeme definíciu. Ako sme definovali vyššie, intervencie súvisia so starostlivosťou a majú priamy vplyv na stav pacienta.

Monitorovanie zahŕňa neustály zber vybraných údajov, alebo ich zber v pravidelných vopred určených intervaloch, ich vyhodnocovanie v závislosti od zmien stavu pacienta (stav sa zlepšuje, zhoršuje, nezlepšuje, alebo zostáva v norme). Monitorovanie nezlepšuje stav pacienta ani nepredchádza problémom. Poskytuje však dostatočné informácie na určenie potrebnej intervencie. Monitorovanie odhaľuje problém. Je zahrnuté v každej ošetrovateľskej diagnóze aj v spoločnom probléme:

- ◆ pre aktuálnu ošetrovateľskú diagnózu – monitorovanie klientovho stavu a jeho zlepšenia
- ◆ pre riziko vzniku ošetrovateľskej diagnózy – monitorovanie signálov, ktoré anticipujú ošetrovateľský problém
- ◆ pre pozitívne ošetrovateľské diagnózy – monitorovanie spoluúčasti klienta pri zmenách životného štýlu
- ◆ pre spoločný problém – monitorovanie príznakov zdravotného problému alebo zmeny v stave.

Hoci monitorovanie nemôže byť klasifikované ako ošetrovateľská intervencia, je to činnosť. Monitorovanie pri ošetrovateľských diagnózach plánujeme do intervencií.

Sestra môže predchádzať niektorým fyzickým komplikáciám (napr. dekubity, kanylová infekcia, zapareniny, atrofia svalstva,...). Sestra robí aj prevenciu, čo však neznamená odhalenie problému. Preventívne intervencie sú zamerané priamo na predchádzanie problému, monitorovanie, len na identifikáciu znakov, ktoré problému predchádzajú.

Napríklad: Sestra nemôže predchádzať krvácaniu, alebo paralytickému ileu, ale môže skoro určiť ich výskyt a včasným odhalením zamedziť vážnejšiemu poškodeniu alebo smrti. Lekár nemôže riešiť spoločný problém bez posúdenia, vedomostí a zručností sestry. Pre spoločný problém sestra plánuje intervencie, napríklad zmenu polohy, edukáciu klienta, špecifické postupy a samozrejme monitorovanie.

S rozvojom ošetrovateľských vedomostí niektoré zo spoločných problémov môžu časom prejsť do kompetencie ošetrovateľstva – do ošetrovateľských diagnóz.

Vyhodnotenie

Vyhodnotenie je zisťovanie, či boli dosiahnuté ciele a do akej miery (Kozierová, 1996, s. 231) Vyhodnotenie sa pre ošetrovateľskú diagnózu robí iným spôsobom ako pre spoločný problém. Keď sestra vyhodnocuje ošetrovateľskú diagnózu:

- ◆ zbiera údaje o stave klienta
- ◆ porovnáva údaje s danými normami
- ◆ robí závery, či klient dosahuje určený cieľ.

Sestra môže pozorovania zaznamenávať na priebežný záznam, alebo ako postupný záznam. Pri vyhodnocovaní spoločného problému:

- ◆ zbiera vybrané dáta/údaje
- ◆ porovnáva ich s normou
- ◆ rozhoduje, kedy sú údaje v prijateľnom rámci

Sestra zaznamenáva zistené údaje na priebežný záznam alebo na postupný záznam iba v prípade, ak je nález dôležitý. Keď sú indikované zmeny v liečbe záznam robí samozrejme aj lekár.

Pri spoločnom probléme sestra formuluje problém ako :

Napríklad: Potenciálna komplikácia: zvýšenie intrakraniálneho tlaku.

V tomto prípade má možnosť intervencií v troch oblastiach:

1. Plánuje a realizuje činnosti, ktoré vyplývajú z kompetencií ošetrovateľstva
2. Monitoruje a vyhodnocuje stav klienta
3. Realizuje lekárske ordinácie

Záver

V ošetrovateľskej praxi je problém spoločného problému málo známy. Pri ošetrovateľskej činnosti narazíme často na problémy, ktoré síce priamo so starostlivosťou súvisia, no ich riešenie je v kompetencii medicíny. Pomenovanie a vytýčenie problému môže zjednodušiť a sprehľadniť niektoré problémy v ošetrovateľskej diagnostike a pomôcť ich riešiť.

Príspevok vznikol za podpory grantu UK 167/2002

Bibliografické odkazy

1. Carpenito, L.J. *Nursing Diagnosis: Application Clinical Practice*. 6-th ed. Philadelphia : J.B Lippincott Company. 1995, 1198 p. ISBN 0-397-55159-2.
2. *Diagnosing*. [online] [cit. 2002-22-11] dostupné z : http://studentnurse.hypermart.net/co_diagnosis.htm
3. Hickey, P., W. *Nursing Proces Handbook*. St. Louis : Mosby Year Book, 1990. 229 p. ISBN 0-8016-6041-6.
4. Kozierová, B. a i. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. slovenské vyd. Martin : Osveta, 1996, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. Mádlová, I., Zvoníčková, M. Formulování ošetrovateľských diagnóz a používaní klasifikace NANDA jako praktický problém. In: *Sestra*, č. 7. – 8. 2001, rč. XI, s. 25 - 27, ISSN 1210-0404.
6. Nursing diagnosis. [online] [cit. 2002-22-11] dostupné z : http://www.gc.edu/Library/e_reserves/TeamNursing/rnsg1192/diagnosis.pdf
7. Nursing process. [online] [cit. 2002-22-11] dostupné z : <http://academic.cuesta.org/atorrey/nsgdiag.pdf>

*Mgr. Silvia Kyčinová
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
e-mail: Silvia.Kycinova@jfmed.uniba.sk*

NĚKTERÁ SPECIFIKA ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Václav Lednický

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

Souhrn

V článku se autor zamýšlí nad problematikou řízení ve zdravotnických organizacích a nad specifickými rysy zdravotnického podnikání. Současně zdůrazňuje význam řízení v těchto organizacích a ukazuje na nutnost zvýšit vzdělávání sester v této oblasti.

Klíčová slova: zdravotnictví, řízení, ošetřovatelství, úloha sester, vzdělávání

Úvod

V posledním desetiletí uplynulého století prošla naše společnost velkou řadou změn, které se významným způsobem podílely na tvorbě současné skutečnosti. Vedle politických a ekonomických změn, které se dotkly každého občana našeho státu, se objevily i změny v oblasti osobního života lidí, došlo ke změnám v lidských hodnotách i v myšlení lidí. Na ekonomickém prostředí společnosti se nejvíce podílel proces malé a velké privatizace, jež přinesl i do zdravotnictví řadu změn. Současně se ukázalo, že je nutno v procesu přestavby zdravotnictví brát v úvahu i významná specifika jimiž se tento obor vyznačuje. Přitom nezanedbatelnou úlohu zde sehrává především lidský faktor, jež má dominantní roli při utváření a chování zájmových skupin, které vytváří profesní, lobbyistickou platformu lidí, hájících povětšinou společné zájmy. V průběhu uplynulého období se však také ukázalo, že přechod od centrálně řízeného zdravotnictví tvořeného převážně velkými organizacemi vedl ke vzniku mnoha malých podnikatelských organizací s potřebnou samostatností jak vlastnickou tak i ekonomickou a manažerskou. Ztrátu paternalistického vlivu státu řada zdravotnických organizací nezvládla. Většina těchto organizací žila v minulosti totiž v relativním ekonomickém bezpečí, kdy zdravotnictví bylo pevně regulovaným prostředím financováno na paušálním základě. Toto ekonomické bezpečí se však velmi rychle mění v turbulentním podnikatelském prostředí a tak se zvyšuje nečekaně nebezpečí ekonomických rizik. Proto je nutné usilovat trvale o zvyšování ekonomické a řídicí odbornosti pracovníků tohoto odvětví, přičemž stále rostoucí úlohu v těchto činnostech budou mít i zdravotní sestry.

Specifika zdravotnických služeb

Ve zdravotnictví, při srovnání s jinými druhy osobních služeb, vystupují určitá specifika, která jsou pro tuto oblast lidských aktivit typická. Patří k nim podle Vebra (7) tyto zvláštnosti :

***Předmět činnosti,** kdy zdravotnické služby mají za úkol zabezpečit prevenci, udržení či obnovu zdravotního stavu člověka a velmi často záchranu jeho života. Prioritním je přitom zabezpečení služby před náklady spojenými s jejich výkonem.

***Vztah pacienta a lékaře,** kdy pacient se stává odběratelem (zákazníkem) a lékař a další zdravotnický personál se stává dodavatelem. Přitom tento zájem není často motivován potřebou, ale naopak nutností, vyvolanou zdravotním stavem.

***Vztah lékař a pacient,** neboť lékař obvykle nemůže odepřít poskytnutí služby pacientovi jelikož zde je vázán lékařskou etikou jež patří, aniž si to mnozí uvědomují k první profesní etice na světě. Na základě této etické normy platné již od starověku pro všechny lékaře, se odvíjely ostatní etiky profesí kde nyní je největší pozornost věnována podnikatelské etice (5,6), případně označované jako manažerská etika (1).

***Forma úhrad za poskytnuté služby,** neboť zdravotní péče se poskytuje :

- bez přímé úhrady od osoby, které byla zdravotní péče (léčebný zákrok či jiný druh služby) poskytnuta na základě všeobecného zdravotního pojištění nebo na základě smluvního zdravotního pojištění,
- za přímou úhradu od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta,
- kombinací obou předchozích forem úhrady.

Současně se ukazuje, že u obyvatel vyspělých zemí světa se v posledních desetiletích nerealisticky zvýšilo očekávání dlouhého života plného zdraví, aniž toto očekávání je doprovázeno zvýšeným vědomím individuální odpovědnosti za své zdraví. Všeobecně totiž roste očekávání obyvatel ve všemocnost léčebných zákroků a účinku léků, což se odráží na růstu objemu očekávané zdravotní péče. Za poslední tři desetiletí se, podle Vebra (7), náklady na zdravotnictví ve vyspělých zemích zdvojnásobily a současný roční přírůstek nákladů činí často až 10%. Hlavními příčinami tohoto stavu jsou :

- stárnutí populace,
- rychlý rozvoj technologií jež představují vývoj nových, dražších přístrojů a léků,
- sociálně-ekonomické příčiny, kde patří především civilizační choroby, rostoucí náklonnost k návykovým látkám, provozování adrenalinových sportů i činností,
- nárůst administrativních nákladů,
- vzrůstající ceny ostatních vstupů.

Z uvedeného vyplývá, že na jedné straně je nesporné, že zdraví člověka je považováno za jednu z nejvyšších priorit v existenci lidí a zabezpečování zdravotnické péče je indikátorem vyspělosti každé společnosti. Na druhé straně se vzrůstajícími náklady na zdravotní péči roste zájem o efektivitu poskytovaných služeb. Proto musí být tato nepříjemná situace urychleně řešena a tak zdravotnická zařízení budou muset :

- Postupně se přeměnit na moderní zdravotnické zařízení, které se stará o zachování zdraví svých pacientů nabízením širokého spektra zdravotní péče se zdůrazněním preventivních služeb.
- Prosadit ekonomické aspekty, jako nedílnou součást rozhodování, ve všech řídicích aktivitách zdravotnického zařízení. Zvýraznění ekonomických hledisek nemá být vedeno snahou omezovat náklady za každou cenu, ale má mít na zřeteli optimální vytížení zdravotnických kapacit, vyhodnocování efektivnosti léčebných postupů, aplikaci rozpočtových, motivačních a kontrolních přístupů pomocí finančních ukazatelů.
- Posílit manažerské přístupy na všech úrovních řízení zdravotnického zařízení a vytvořit prostředí plné loajality k zaměstnavateli. Zároveň to znamená podřídit své osobní, soukromé individuální zájmy zájmům kolektivním, zájmům zaměstnávající organizace v duchu jednotných principů Henri Fayola (2).

Potřebné změny v řízení zdravotnických zařízení

Ukazuje se, že pouhá zdravotnická odbornost nebude v budoucnu stačit na složitou problematiku řízení zdravotnických zařízení a bude potřebné doplnit tuto oblast aktivit potřebným vzděláním. Je však jasné, že úroveň manažerského vzdělání se bude odvíjet od velikosti dané zdravotnické organizace, neboť zcela jinou manažerskou povinnost a úkoly bude mít lékař pracující samostatně a mající omezený počet podřízených spolupracovníků, a lékař, či odborně jinak vzdělaný manažer stojící v čele velké nemocnice nebo zdravotnické polikliniky. Je zřejmé, že vrcholový management musí tvořit především silně profilované osobnosti vůdcovského charakteru, kteří se vyznačují těmito klíčovými vlastnostmi:

- zvyšují sebevědomí druhých,
- ukazují rozvojový směr, (mají vizi), a vytvářejí uspokojivé výsledky,
- ukazují ostatním jak dosáhnout určitého cíle,
- dosahují pokroku, který přináší prospěch nejen jim samým, ale i ostatním.

Je proto jasné, že u top manažerů je nutné mít aktivní přístup k řešení všech typů problémů, potřeba zvládnout složité interpersonální vztahy na pracovišti i mít schopnost vytvářet vlastní strategii řízení organizace jež přináší nová a úspěšná řešení. V případě nižšího managementu, zaměřeného na specializované funkce se požaduje a bude stále více žádat zvládnutí základní problematiky ekonomických znalostí, manažerských dovedností a zejména schopností motivovat své podřízené k perfektnímu plnění svěřených úkolů. Velmi významnou úlohu přitom sehrává dovednost vhodně komunikovat, neboť jednání s lidmi je v nastupujícím konkurenčním prostředí velmi významný prvek v manažerské funkci jakékoliv úrovně.

Pokud je pracovní proces, z teoretického pohledu, čistě individuální, řídí se producent, (tvůrce hodnot), sám. Při společné práci je však zapotřebí řízení, čímž se tato aktivita projevuje jako zvláštní funkce. Tuto skutečnost si již dávno uvědomil Fayol (2) a označuje řídicí činnosti názvem správní úkony. Tyto úkony pak zasahují do všech činností v organizaci a spojují je v jeden celek. Podle definice Fayola pojem správa tak charakterizuje manažerské činnosti, kam patří předvídání, organizování, přikazování, koordinaci i kontrola. Přitom řízení není podle jeho názoru výhradní výsadou a osobní povinností ani vlastníka, ani ředitele podniku, ale je to funkce rozdělitelná v daném organizačním systému (4). Zvláštností řízení ve zdravotnickém zařízení je současně i skutečnost, že se zde velmi dobře uplatňují zásady byrokratického řízení Maxe Webera (3). Jedná se o tyto zásady:

- Řádná dělba práce je základem organizace a její činnosti.
- Jsou přesně definovány nejen povinnosti, ale i práva pracovníků.
- Pro jednotlivé rutinní úkoly jsou stanoveny předem známá přesná pravidla a postupy.
- Řízení spolupracovníků je neosobní a spravedlivé.
- V organizaci platí princip hierarchie a z ní odvozené pravomoci a odpovědnosti jednotlivců.
- Všechna důležitá rozhodnutí jsou písemně zaznamenávána a archivována.

Závěr

Uvedený příspěvek jasně ukazuje vzrůstající význam uplatňování správných manažerských přístupů a ekonomických znalostí při řízení zdravotnické organizace. Z hlediska právního i ekonomického je na tyto organizace pohlíženo jako na podnikatelské subjekty i když jejich činnost je spojována s řadou specifík jak bylo dříve uvedeno. Tato specifika musí být respektována neboť zdravotnické organizace plní odlišné funkce a mají jiné poslání než-li ryzí podnikatelské subjekty. Zároveň jejich hospodaření musí být vyrovnané, neboť ztrátu u soukromých subjektů nikdo neuhradí.

Z hlediska efektivního hospodářství se jeví, že do čela těchto zařízení a na další manažerské funkce bude vhodné připravovat zdravotníky s ekonomickým a manažerským vzděláním. Z tohoto pohledu bude zapotřebí trvale rozšiřovat vzdělávání v tomto směru a je dobré, že tento trend byl nastoupen u zdravotních sester. Vedle bakalářského vzdělání zde by mělo být zdůrazňováno a především zrealizováno potřebné magisterské studium.

Bibliografické odkazy

- 1.DYTRT, Z. : *Manažerská etika – inspirace pro 21.století*.Sborník dokumentů I.celostátní konference o etice. Praha, 2001,s.11-12.
- 2.FAYOL,H.: *Zásady správy všeobecné a správy podniků*. 1.vyd., Praha: Orbis, 1931,159s.
- 3.LEDNICKÝ, V.: *Základy managementu*. 3.vyd., Ostrava: AJAK, 2002, 165s, ISBN 80-7048-017-3.
- 4.MACHÁT, F.: *Dějiny vědeckého řízení v kapitalistickém průmyslu*. 1.vyd., Praha : Nakladatelství politické literatury, 1966, 293s.

5. REMIŠOVÁ, A.: *Podnikatelská etika v praxi – cesta k úspěchu*. 1.vyd., Bratislava : EPOS, 1999. 288s., ISBN 80-8057-106-6.
6. ROLNÝ, I.: *Etika v podnikové strategii*. 1.vyd., Boskovice : ALBERT, 1998, 128s. ISBN 80-85834-00-0.
7. SYNEK, M. a kol. : *Podniková ekonomika. 1.vyd.*, Praha : C.H.Beck, 1999, 456s. ISBN 80-7179-228-4.

Doc. Ing. Václav Lednický, CSc.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra managementu a služeb ve zdravotnictví
Fr. Šrámka 3
709 00 Ostrava- Mariánské Hory
e-mail: vaclav.lednický@vsb.cz

VÝZNAM POLOHOVÁNÍ U PACIENTŮ PO CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHODÁCH A JEHO ZAŘAZENÍ DO SYSTÉMU REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Kateřina Macháčková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra rehabilitace, Ostrava

Problematika cévních mozkových příhod (dále jen CMP) je závažným celospolečenským problémem nejen v České Republice, ale v celé Evropě. Nejnovější statistiky ukázaly, že 20 - 30% lidí u nás i ve světě umírá na CMP. Nejen procento mortality je vysoké, ale neméně závažný je i fakt, že CMP je nejčastějším důvodem těžkého handicapu, tady figuruje na prvním místě.

Pokrokem v péči o nemocné s CMP je zřizování specializovaných iktových jednotek, které významně snižují mortalitu nemocných, zkracují dobu léčby akutní a subakutní fáze onemocnění a zlepšují funkční stav nemocných.

Protože důsledkem CMP bývá celá řada závažných poruch (kognitivních, motorických, sensorických, psychických), je potřeba zejména v akutní fázi onemocnění kvalitní 24 hodinová terapie, která může být zajištěna jen týmovou spoluprací, tj. spoluprací lékaře, sester, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, sociálního pracovníka, logopeda a rodiny. Podíl práce tohoto týmu na zlepšení funkčního stavu nemocných je mnohdy rozhodující.

24 hodinová terapie zabezpečená kvalitním týmem patří mezi základní principy Bobath konceptu, který je dnes ve světě nejužívanějším modelem terapie u pacientů s centrálními lézemi, zvláště po CMP a traumatech mozku. Svůj název má podle paní Berty Bobath a Dr. Karla Bobath, kteří v roce 1951 založili v Londýně své první terapeutické centrum. V roce 1985 byla založena se svolením manželů Bobathových mezinárodní asociace instruktorů IBITA, která sdružuje instruktory všech stupňů a všech zemí.

Bobath koncept je holistický, zabývá se pacientem jako celkem a jedinečnou osobností s cílem dosažení normální funkce a zlepšení kvality života, od dosažení soběstačnosti až po návrat do zaměstnání nebo k dřívějším zálibám. V rámci tohoto konceptu byl vypracován i systém rehabilitačního ošetřovatelství zahrnující správné polohování, transport, handling a vertikalizaci pacientů po centrálních lézích.

Četná pozorování a výzkumy potvrdily, že zejména v akutní fázi, kdy je pacient umístěn na iktovou jednotku, jednotku intenzivní péče, ale i neurologické standardní oddělení, je správné polohování a handling pacienta důležitou součástí terapie. Je jasné, že v kombinaci s požadavkem 24 hodinové péče je toto možné uskutečnit jen s aktivní spoluprací ošetřovatelského personálu, tedy hlavně kvalitně vyškolených sester.

Pravdou je, že i když je Bobath koncept aplikován ve světě už od poloviny minulého století, došlo v České Republice k jeho významnému rozšíření až v posledních deseti letech. Navíc i Bobath koncept se vyvíjí ruku v ruce s pokroky ve výzkumu poruch centrálního nervového systému a s mohutným rozvojem vyšetřovací techniky. Tyto nové postupy při terapii CMP se poměrně rychle dostávají do povědomí fyzioterapeutů a ergoterapeutů, ale mnohem horší situace je u sester, kde až na některé výjimky je tento koncept neznámý.

Nejrychlejší a nejefektivnější cestou, jak tuto mezeru vyplnit, je zařadit nové informace do vzdělávacího systému sester, a to na všech stávajících typech škol, tedy SZŠ, VZŠ či univerzitního bakalářského studia. Jako ideální forma se jeví další vzdělávání odborných pedagogů formou seminářů a workshopů.

Při mapování ostravského regionu a po konzultaci s odbornými učiteli ze SZŠ a VZŠ v Ostravě vyplynulo, že na ani jednom typu těchto škol neexistuje předmět s názvem rehabilitační ošetrovatelství. Jeho náplň je vyučována v rámci předmětu ošetrovatelství s různou hodinovou dotací a nejednotnou koncepcí. S tímto koresponduje i výsledek anonymního dotazníkového šetření, kterou jsem uskutečnila ve FNsP v Ostravě. Byly obeslány sestry pracující na iktové jednotce, neurologické jednotce intenzivní péče a na neurologickém standardním oddělení. Celkem bylo dotazováno 33 sester, dotazník vyplnilo a vrátilo ke zpracování stejné množství. Průměrný věk dotázané skupiny činí 28,8 let a jedná se o samé ženy. Co se týká vzdělání, 91% uvádí SZŠ, 9% VZŠ. 100% dotázaných shodně udává, že ve škole neměly předmět rehabilitační ošetrovatelství. Na dotaz, zda bylo polohování při výuce rozlišováno dle klinických oborů, 98% odpovědělo záporně. 79% dotázaných nezná 24 hodinový koncept péče o pacienta, ale 100% dotázaných polohuje pacienty. Stejně tak 100% udává, že střídá polohy u pacientů co 2 hodiny či častěji dle potřeb pacienta. Jako používané polohovací pomůcky 97% udává klíny, 82% molitanová kolečka, 82% polštáře, 18% antidekubitární matrace a 8% molitanové míčky. 100% dotazovaných uvádí, že vertikalizuje pacienta.

Z výše uvedených výsledků lze usoudit, že sestry znají a používají klasický univerzální polohovací systém, který splňuje základní požadavky, ale rozhodně neodpovídá současnému poznání a nárokům na rehabilitační ošetrovatelství u pacientů po neurologických lézích.

Bibliografické odkazy

1. BOBATHOVÁ, B.: *Hemiplégia dospělých*. Liečreh Gúth, 1997. ISBN 80 – 967383 – 4 – 8
2. DAVIES, P.: *Starting Again*. Springer – Verlag, 1994.
3. CARR, J., SHEPHERD, R.: *Neurological Rehabilitation – Optimizing Motor Performance*. Butterworth – Heineman, 2000. ISBN 0 – 7506 – 0971 - 0

Mgr. Kateřina Macháčková
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra rehabilitace
Syllabova 19
703 00 Ostrava 3
e-mail: Katerina.Machackova@osu.cz

SYSTÉM TVORBY NÁRODNÍCH STANDARDŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ

Jana Marečková

Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Olomouc

Souhrn

Výstupy činnosti Pracovní skupiny pro národní standardizaci ošetrovatelství při MZ ČR (PSNSO MZ ČR) za rok 2002 jsou odborné veřejnosti volně dostupné na internetové adrese <http://www.szu.cz/cekz/index.php>. Jedním z hlavních cílů projektu podpory jakosti Státního zdravotního ústavu České republiky (SZÚ ČR) nazvaného Standardizace v ošetrovatelství a porodní asistenci (3) bylo nastavit a do života uvést systém tvorby, schvalování a distribuování národních standardů ošetrovatelství a porodní asistence. Systém byl vytvořen v návaznosti na výstupy Závěrečné zprávy projektu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR, registrační číslo 5069-1 (4) a na výstupy dalších dokumentů (1,2).

Klíčová slova

Standardizace, ošetrovatelství, porodní asistence, národní standardy, systém tvorby národních standardů

Úvod

Chybějící podklad efektivní komunikace v systému - konsensus ke standardizaci na národní úrovni - se v průběhu období roku 2002 a v prvních měsících 2003 podařilo téměř odbourat. Došlo ke konkrétnímu příslibu spolupráce několika významných subjektů zařazených do expertního panelu (EP) národní standardizace. Řadí se k nim předně seskupení náměstkyní fakultních nemocnic České republiky, Česká asociace sester a Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska a PSNSO MZ ČR. Mezi subjekty panelu bylo zařazeno celkem 18 profesních organizací a sdružení, série poskytovatelů ošetrovatelské péče-zaměstnanecké skupiny, instituce vzdělávání, krajské sestry a občanská sdružení pacientů i odborné společnosti. Z jejich řad budou nominováni potenciální autoři národních standardů.

Metodika

K tomu, aby mohla být započata tvorba národních standardů použitelných i pro lokální aplikaci, bylo zapotřebí vyvinout systém tvorby. Systém zahrnuje konkrétní kroky-viz níže, včetně metodik tvorby standardů, oponentního řízení, schvalovacího procesu, distribuce a archivace standardů. Zahrnuje také vymezení role koordinátora, editora, systémového analytika, iniciátora, autora či autorského kolektivu a oponenta vznikajících standardů. Vše viz výše zmíněné internetové stránky.

Za účelem zajištění přehlednosti kompetencí zúčastněných stran byly definovány role hlavních subjektů národní standardizace: (3)

1. Pracovní skupina pro národní standardizaci ošetrovatelství při MZ ČR

- Rozhoduje o vytvoření národních standardů (NS).
- Vytváří systém tvorby národních standardů.

- Oslovuje členy a týmy Expertního panelu (EP) a pověřuje je vypracováním dokumentů.
- Zajišťuje proškolení členů EP v oblasti kvality.
- Iniciuje konzultace s dalšími zdravotnickými profesemi.
- Řídí oponentní řízení předkládaných standardů
- Ratifikuje konečné znění NS.
- Přípravuje ve spolupráci s EP odůvodňující materiál pro zavedení změn pro MZ ČR.
- Vytváří systém informování o NS.
- Kontroluje a vylučuje možnost tvorby duplicitních národních standardů.
- Publikuje a rozšiřuje NS.
- Prezentuje NS na pracovních setkáních ve spolupráci s EP.
- Jmenuje koordinátora, editory, systémového analytika a oponenty.

2. Expertní panel (3)

Jednotlivé subjekty panelu:

- Definují role ve svých týmech - manažer/ku, pracovníka ve výzkumu, pracovníka pro kvalitu, autorské týmy standardů, atd.
- Podílejí se na sestavení seznamu dostupné literatury v ČR k problematice kvality a standardizace.
- Vyhledávají a motivují k činnosti autory národních standardů.
- Zajišťují proškolení pracovních týmů ve spolupráci s vybranými institucemi.
- Organizují „workshopy“ se zaměřením na obsah standardů.
- Spolupracují při rozšiřování konečné podoby standardů a účastní se ověřování NS.
- Dohlížejí a monitorují celý systém NS.
- Ověřují NS v praxi.

Součástí systému tvorby národních standardů je suma šestnácti provázaných kroků, jejichž sjednocené fungování je podpořeno šesti metodikami. (3)

Krok 1.

Trvalý průzkum kvality užívaných postupů ve zdravotní péči s cílem nalézat závažné neshody požadavků na kvalitu s uspokojováním potřeb, jež vyžadují urychlenou standardizaci.

Krok 2.

Vytvoření návrhu zadání a nalezení zadavatele schopného financovat standardizaci podnikatelským nebo úředním způsobem, který zadání ve spolupráci s autorem návrhu případně upraví a zadání zveřejní.

Krok 3.

Trvalý průzkum nabídky zadání standardizace zdravotní péče. Výběr zadání, která je možné úspěšně řešit.

Krok 4.

Převzetí a prostudování zadání standardizace, rychlé prostudování materiálů s řešením podobných úkolů a vytvoření záměru řešení - myšlenky postupu řešení.

Krok 5.

Odhad nákladů a nároků na specialisty a těžko dostupné prostředky. Doplnění odhadu nákladů a nároků do záměru. Nabídnutí záměru zadavateli.

Krok 6.

Převzetí případného kladného rozhodnutí zadavatele a uzavření obchodní smlouvy se zadavatelem.

Krok 7.

Vytvoření multidisciplinárního týmu profesionálů standardizované oblasti.

Krok 8.

Získání a studium odborných podkladů – kompletní literární rešerše (česká a zahraniční literatura, zákonné normy, internetové a multimediální zdroje, guidelines, organizační normy a směrnice, akreditační standardy Spojené akreditační komise ČR, atd.). Pracovní skupinou je připraven seznam doporučené literatury.

Krok 9.

Analýza aktuálního stavu řešené problematiky. Pracovní skupinou je připravena metodika možných postupů.

Krok 10.

Vytvoření harmonogramu a časového rozvržení činností včetně stanovení termínu předložení standardu k oponentnímu řízení.

Krok 11.

Tvorba standardu dle doporučené struktury obsahu standardu. Metodika struktury standardů ošetřovatelské péče kompatibilních se SELP (systém efektivní léčebné péče) je připravena.

Krok 12.

Předložení technické dokumentace a software standardu k oponentnímu řízení pracovní skupině. Metodika oponentního řízení ke standardu připravena.

Krok 13.

Případné vyřešení problémů vyplývajících z připomínek z oponentního řízení s návratem k předchozímu kroku.

Krok 14.

Schválení standardu kompetentním orgánem – PSNSO MZ schvaluje národní standardy, standardy lokální úrovně schvaluje pracovní skupina pro organizaci a řízení daného pracoviště. Metodika schvalovacího procesu standardu připravena.

Krok 15.

Případné vyřešení problémů vyplývajících z připomínek při schvalování standardu kompetentním orgánem s návratem k předchozímu kroku.

Krok 16.

Distribuce schváleného standardu poskytovatelům zdravotní péče jako nutného prostředku pro získání akreditace, vytvoření seznamu majitelů standardů a vymezení způsobu archivace. Metodika distribuce a archivace připravena.

Závěr

Na rok 2003 je plánována tvorba trénovacích standardů. Proběhne ověřování životaschopnosti prezentovaného systému v praxi. Pracovní skupině pro národní standardizaci v ošetrovatelství a porodní asistenci MZ ČR byly již některými subjekty expertního panelu konkrétní podněty podány. Další jsou očekávány. Ke konci roku 2003 by měla být publikována první série národních standardů pro ošetrovatelství a porodní asistenci. Tyto standardy by měly být chápány jako doporučení nepodkročitelné úrovně kvality, která může management konkrétních poskytovatelů zdravotní péče při respektování lokálních specifik úspěšně využít.

Bibliografické odkazy

1. BOUREK, A., SUCHÝ, M., SVOBODA, B. *Přizpůsobení obecné metodiky standardů léčebné a diagnostické péče pro jednotlivé lékařské obory tvorbou standardů modelových*. Grant IGA MZ – 1998 č. 5066-1.
2. KONRÁD, F. Dualitní expertní systém v lékařství. *Mechanizace a automatizace administrativy*, číslo 10, 1991, s. 350 – 356.
3. KUBÁTOVÁ, I., aj. *Závěrečná zpráva k řešení projektu pro podporu kvality zdravotní péče pro rok 2002 Ministerstva zdravotnictví ČR - Standardizace v ošetrovatelství a porodní asistence*, Pardubice 2002. 51 s.
4. MÁDLOVÁ, I., aj. 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.
5. MAREČKOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, I., KUPEČKOVÁ, I., KONRÁD, F. V záujme zvyšovania kvality. *Sestra*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia. 2002, pg: 6-7, ISSN 1335-9444
6. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup I a II*. Praha: Karolinum 2002. 384 s. ISBN 80-246-0429-9

Mgr. Jana Marečková, PhD.
Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
e-mail: mareckov@tunw.upol.cz

CO BY MĚLY SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY V ČR VĚDĚT O EVROPSKÉM SYSTÉMU PŘEVODU KREDITŮ (ECTS) V SOUVISLOSTI S AKREDITACÍ PŘEDCHOZÍHO VZDĚLÁNÍ PRO DALŠÍ AKADEMICKÉ STUDIUM

Dagmar Mastiliaková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, Ostrava

Souhrn

S postupem implementace Strategie Světové zdravotnické organizace (SZO) pro vzdělávání sester a porodních asistentek v ČR budou o kredity žádat i ti, kdo učí nebo působí jako *mentoři (rádci nezkušeným osobám nebo školitelé dohlížející na studenty v klinické praxi ošetrovatelství a porodní asistence)*, aby mohli dále studovat (získat bakalářský, magisterský nebo i doktorský titul), jenž jsou předpokladem pro vyučující teorie a praxe na univerzitě. Evropský systém převodu kreditů (ECTS) byl v průběhu pilotního testování na 145 evropských univerzitách ve všech členských zemích EU dopracován a nyní je aplikován stále ve větším počtu zemí EU. Počet kreditů (vážnost) se přiřazuje jednotlivým modulům (teorie a praxe) studijního programu, jenž odpovídají náročností daných součástí modulu. Tyto kredity také odrážejí odhadované úsilí studenta nutné k zvládnutí všech součástí modulu.

Klíčová slova

Strategie SZO pro vzdělávání sester a porodních asistentek; Vyšší odborné vzdělání; Studijní program; Moduly; Kredity; Koncept obecných a specifických kreditů; Systém akumulace a převodu kreditů (CATS); Evropský systém převodu kreditů (ECTS); Mobilita studentů; Koncepty akreditací předchozího studia (APL); Akreditace předchozího formálního studia (APFL); Akreditace předchozího aprobovaného studia (APCL); Akreditace předchozího empirického studia (APEL); Koncept doplňovacího akademického studia;

Úvod

Implementace Strategie SZO v ČR bude zahrnovat i relativně nový způsob pojetí vyššího odborného vzdělání. Jde o tzv. koncept akreditace předchozího studia (Accreditation of Prior Learning – APL), který označuje *„postupy, kdy je studentům uznáván kredit pro jejich akademické vzdělání za studium, které absolvovali před přihlášením se do daného akademického programu“* (7).

V poslední době dochází k velkému rozvoji systémů pro akreditaci předchozího formálního studia (Accreditation of Prior Formal Learning – APFL), které označují *„uznávání předchozího vzdělání dosaženého v rámci formálních programů, které již mají akreditaci vyššího odborného vzdělání“*. Tento koncept se též označuje jako akreditace předchozího aprobovaného studia (Accreditation of Prior Certificated Learning - APCL). Existují též systémy pro akreditaci předchozího empirického studia (Accreditation of Prior Experiential Learning – APEL), které označují *„proces posouzení a následného kreditového ohodnocení praktického vzdělání, kterého bylo dosaženo před vstupem do akademického programu, ale kde dané praktické vzdělání nebylo formálně posouzeno a kreditově ohodnoceno jako program vyššího odborného vzdělání“* (7).

Zájem a snahy o vývoj těchto systémů se v polovině 80.let rozšířily do Evropského regionu SZO z USA. Hlavním důvodem byl rychlý rozvoj univerzitního a ekvivalentního

vzdělání a také zvyšující se nároky na pohyb osob mezi členskými zeměmi EU a mezi univerzitami. To umožnilo studentům studovat v zahraničí tak, aby jim toto studium přispělo k dosažení jejich akademického titulu a v daných oblastech i získání profesní kvalifikace.

V posledním desetiletí vlády v mnoha zemích začaly vyvíjet tlak na univerzity, aby rozšířily přístup k vyššímu vzdělání, a aby vytvořily více příležitostí zvláště pro „starší“ studenty (od 25 let věku) studovat na vysokých školách. Na tuto společenskou objednávku začaly univerzity reagovat tak, že přijaly pružnější moduly vzdělání např. studium při zaměstnání, studium na dálku (distanční) a modulární strukturu vzdělávacích programů.

Moduly nebo studijní jednotky, jsou ohodnoceny tzv. *kredity*, jejich počet vyjadřuje náročnost úspěšného absolvování daného modulu, a *úroveň* vyjadřující komplexnost studijních výsledků daného modulu. Úroveň může být na škále jedna až tři (čtyři), pro bakalářský titul a výše pro magisterský (doktorský) titul.

Tento vývoj prokazuje, že mnoho starších studentů zahajuje studium již s rozsáhlými praktickými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi, které získali v rámci předchozího aprobovaného studia (APCL) či v pracovním procesu nebo životě (APEL). Např. zdravotní sestry a porodní asistentky s dokončeným vzděláním v oblasti ošetrovatelství či porodní asistence mohou žádat o kredity za své předchozí aprobované studium (APCL). Jde zejména o ty z nich, které mají zkušenosti s posuzováním zdravotního stavu klientů, plánováním, realizací a vyhodnocováním výsledků péče; s řešením problémů, rozhodováním a řídicí prací; nebo i s kritickým posuzováním vědeckých poznatků z hlediska jejich uplatnitelnosti v praxi, by měly mít nárok na kredity za tyto empirické zkušenosti (APEL).

Hlavní výhodou ve vztahu k ošetrovatelství a porodní asistenci, je to, že zatímco dříve kvalifikované zdravotní sestry a porodní asistentky, které chtěly studovat na univerzitě musely začít studovat od začátku, nyní mohou požádat o kredity za konkrétní moduly – zrodil se koncept tzv. „*doplňovacího akademického studia*“. Zdravotní sestry a porodní asistentky mohou často vstoupit do programu uprostřed či až v posledním ročníku, samozřejmě za předpokladu, že mohou prokázat úspěšné absolutorium vyššího odborného vzdělání ve svém oboru a – chtějí-li – též i své zkušenosti odpovídající zkušenostem na vyšší odborné úrovni. Tento systém přiřazuje konkrétní hodnotu studiu a zkušenostem, navíc je ekonomický a zdravotní sestry a porodní asistentky nemusí ztrácet čas a úsilí studiem věcí, které již zvládají.

Zaváděn je i koncept „*obecných*“ a „*specifických*“ kreditů. Např. po střední škole chce absolventka jít studovat na univerzitu. Na ní se vztahuje koncept *obecných kreditů* za splnění požadavků dané země na absolventy středních škol, kteří se ucházejí o studium na univerzitě. Úspěch této uchazečky v přijímacím procesu na požadovaný obor na univerzitě závisí na tom, zda splní dané požadavky (prokáže osvojení určitých znalostí a dovedností při přijímacím řízení). Např. uchazečka, která chce studovat jazyky a stát se učitelkou jazyků, musí prokázat znalosti a dovednosti ze své mateřštiny a minimálně z jednoho ze dvou světových jazyků nebo uchazečka, která chce být vědeckou pracovníci, bude muset prokázat znalosti a dovednosti z matematiky, fyziky, chemie, apod.

Stejný princip platí i pro žádosti o *specifické kredity* pro vstup do určitého akademického programu. Zdravotní sestry a porodní asistentky mohou žádat o *specifické kredity* za studium (např. specializace) ve svém a v příbuzných zdravotnických oborech (např. biochemie, hematologie). Ale nemohou žádat o kredity za svoji ošetrovatelskou zkušenost nebo zkušenost v porodní asistenci; ani za znalosti např. za dřívější studium techniky či účetnictví.

Metodika

Pokud mají uvedené systémy získat důvěru a být aplikovány v různých zemích a na různých univerzitách, pak musí být zajištěny takovými mechanismy, aby byla zajištěna jejich kvalita a úroveň. Během posledních deseti let vzniklo v západní Evropě několik systémů pro akumulaci a převod kreditů (Credit Accumulation and Transfer Schemes – CATS). Základním principem těchto systémů je to, že „vhodné vzdělání, za předpokladu, že je lze ohodnotit, by mělo mít nárok na přidělení kreditů pro další akademické studium“ (4). Aby byla zajištěna kvalita, musely být zavedeny přísné kontroly kvality a univerzity musely mezi sebou uzavřít dohody o vzájemném uznávání standardů a kreditních systémů. Osoby žádající o kredity za předchozí studium musely předložit *bona fide* (v dobrém úmyslu) důkaz (např. vysvědčení společně s náplní a akademickou úrovní daného kurzu), aby prokázaly, co se naučily, a že jejich zkušenosti odpovídají studijním výsledkům modulu, za který chtějí získat kredity. Ve všech těchto systémech platí, že důkazní břemeno je na žadateli o kredity. Zdravotní sestře či porodní asistentce zdaleka nestačí jen sestavit seznam míst, kde působila a funkcí, které zastávala. Musí prokázat za hranici všech pochybností, že získala odpovídající znalosti a dovednosti, jenž odpovídají intelektuální úrovni modulu, za který žádá kredity.

Protože směrnice EU řídí vzdělávání v oblastech ošetrovatelství a porodní asistence ve všech zemích EU byl účelově pro nové uživatele tzv. kandidátské země vybrán Evropský systém převodu kreditů (European Credit Transfer System - ECTS), který je rovnocenný s ostatními CATS. V rámci EU se rozvíjí spolupráce mezi univerzitami jako „prostředek zlepšování kvality vzdělání, z níž těží studenti i vysoké školy; mobilita studentů je hlavním elementem této spolupráce“ (2). ECTS byl v průběhu pilotního testování na 145 evropských univerzitách ve všech členských zemích EU dopracován a nyní je aplikován stále ve větším počtu zemí EU. Je založen na třech pilířích: 1) *na informacích* – o studijních programech a výsledcích studentů; 2) *na vzájemných dohodách* – mezi partnerskou institucí a studentem; 3) *na využití kreditů dle ECTS* – pro vyjádření studiem uložených úkolů a práce. ECTS poskytuje podrobné metodické vedení v oblasti implementace systému.

Závěr

Nástup kreditního ohodnocení modulů a praxe má zvláštní význam pro zdravotní sestry a porodní asistentky i v ČR. Noví studenti v oborech všeobecná sestra a porodní asistentka, které se už řídí principy Strategie SZO, od samého začátku sbírají kredity. Velký počet kvalifikovaných zdravotních sester a porodních asistentek, absolventek studijních programů, které ještě nebyly ohodnoceny kredity, a nebyly na akademické úrovni, bude žádat tyto kredity zpětně, za své dosavadní formální vzdělání, specializace a praktické znalosti a dovednosti získané v oblastech, řízení, vzdělávání či výzkumu (APEL). Státy též budou mít zájem co nejefektivněji a nejlevněji získat vysokoškolsky kvalifikovaný pedagogický personál. Nejefektivnějším způsobem jak toho dosáhnout, kromě studia dostupné literatury, je učit se v zemích, kde ECTS a jemu podobné systémy byly vyzkoušeny a kde fungují.

Bibliografické odkazy

1. BILLINGS, D.M., HALSTEAD, J.A.: Teaching in Nursing. A Guide for Faculty. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1998 ISBN 0-7216-3037-5
2. Evropská komise 1995 *European Credit Transfer System ECTS – user's guide*. Brussels, European Commission.
3. Evropská komise 1998 *Phare manual of quality assurance procedures*. Brussels, European Commission.

4. Higher Education Quality Council 1995 A quality assurance framework for guidance and learning support in higher education. London, Higher Education Quality Council.
5. KRISTOFFERSEN,D. et al. 1998 *Phare: quality assurance in higher education manual of quality assurance: procedures and practices*. Brussels, European Commission.
6. RANDAL,J. 2000 A new framework for quality assurance. Higher education digest, No.36 (Spring).
7. REEVE,F.&SMITH,I. 1996 *Accrediting prior experiential learning: a manual for good practice in higher education*. Glasgow Caledonian University.
8. SALVAGE,J. 1993 *Nursing in Action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all*. WHO Regional Publications, European Series, No.48 123 s. ISBN 92-890-1312-5
9. SALVAGE,J., HEIJNEN, S. 1997 *Nursing in Europe. A resource for better health*. WHO Regional Publications, European Series, No.74 278 s. ISBN 92-890-1338-9
10. STRATEGICKÉ DOKUMENTY pro všeobecné sestry a porodní asistentky (1) Praha:Ministerstvo zdravotnictví ČR 2000 95 s. ISBN 80-85047-20-9
11. STRATEGICKÉ DOKUMENTY pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2) Praha:Ministerstvo zdravotnictví ČR 2002 271 s. ISBN 80-85047-21-7
12. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) 2000a Competencies for entry to the professional register. London, UKCC.
13. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) 2000b Standards for preparing of teachers of nursing, midwifery and health visiting. London, UKCC.
14. World Health Organisation 1991 Preparing nurse teachers and managers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health for All Nursing series, No.6).
15. World Health Organisation 2000b Munich declaration: „Nurses and midwives: a force for health.“Copenhagen, WHO Regional office for Europe.

PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Dagmar.Mastiliakova@osu.cz

DRG – PROBLÉM NEBO NADĚJE DO BUDOUCNA?

Karel Pustelník

Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava

Od samého vzniku nového systému financování českého zdravotnictví prostřednictvím zdravotních pojišťoven naráží tato oblast na celou řadu problémů. Určitá část finančních prostředků mizí nenávratně v režijních nákladech samotných pojišťoven, další část je nesystémově vynakládána na nákup drahé techniky, k níž mnohdy nejsou odborníci, velký objem financí pohlcuje výstavba nových zdravotnických objektů, aniž by se vždy jednalo o smysluplné investice. Zdravotnictví je přirovnáváno k „černé díře“, která je schopna spotřebovat jakékoli množství peněz. Specializovaná a superspecializovaná péče a její úhrada je jen ztěží rozlišitelná od úhrady běžných výkonů. Špičková zdravotnická zařízení nemají dostatek prostředků na vybavení potřebnou technikou, schází peníze na platy odborníků, specialistů a náročný provoz specializovaných klinik a náročných léčebných programů. Východiskem z této, léta se táhnoucí problematiky, má být úhrada léčebné péče za diagnózu (DRG).

Zatím se nepodařilo nikde ve světě najít ideální systém úhrad zdravotní péče, zvláště složitý je problém financování lůžkové péče. V uplynulých letech byly používány tři způsoby financování. Nejdříve to byl rozpočtový systém, který vydržel do roku 1991, kdy byl legislativně zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění. Rozpočtový systém byl ve své podstatě demotivující, neboť stát na konci kalendářního roku vyrovnal případnou ztrátu, ale na druhé straně však tento systém poskytoval určitou jistotu, že nemocnice nemohla „zkrachovat“.

Od roku 1992 byl zaveden výkonový systém úhrad, který naopak už byl velmi motivační a de facto zavedl do zdravotnictví podnikatelského ducha, protože si nemocnice na základě výkonů mohla regulovat své příjmy. Tento systém však zanikl, protože nebyl zdravotními pojišťovnami dostatečně regulován. Právě léta 1996 a 1997 byla krizová, neboť zdravotnická zařízení vyrovnávala svou ekonomickou bilanci jen zvyšující se výkonností, aniž by stejnou pozornost věnovala nákladům.

To byl důvod, proč v polovině roku 1997 došlo k zavedení systému paušálních úhrad, jehož různé modifikace přežívají dodnes. A tak se zdravotnická zařízení pohybovala v uplynulých letech od poskytování mnohdy až nadbytečné péče k dalšímu extrému, které představovaly maximální úspory, a to i v léčebné složce, což samozřejmě mohlo v některých případech vést až k poklesu kvality léčebného procesu. Nemocnice v té době vykazovaly až třetinový pokles výkonů. Třebaže paušální úhrady měly výrazný vliv na stabilizaci systému financování zdravotnictví, pak na druhé straně systém paušálních úhrad jen velmi pomalu reagoval na změnu struktury lůžkových zařízení nebo na zavádění nových finančně náročných diagnostických a léčebných postupů.

Z těchto výše popsaných důvodů hledáme takový mechanismus úhrad, který bude kombinací výhod všech systémů předcházejících. V první řadě musíme docílit spravedlnosti v úhradách, jež by zohledňovaly reálný zdravotní stav pacienta a s tím spojené náklady. Motivační aspekt pak sleduje to, aby úhrada péče byla závislá na tom, zda pacient bude vyléčen nebo bude dosaženo zlepšení jeho zdravotního stavu. Mechanismus musí umožnit naplánování příjmů a v této souvislosti pak přizpůsobit plánované náklady. Dále by měl být administrativně nenáročný; a všechny tyto podmínky v sobě sdružuje systém DRG.

DRG je dorozumivací jazyk mezi ekonomy a lékaři. Využívá statistickou metodu, která srovnává určité skupiny diagnóz a na velkém vzorku pacientů počítá a srovnává nákladovost jednotlivých diagnostických skupin. Celkem je 900 skupin DRG. Pro lékaře i

ekonomy to znamená, že znají např. náklady běžné operace slepého střeva v celé České republice, a od této hodnoty se pak odvíjí platba za tuto diagnózu. Jestliže jsou náklady v určité nemocnici na operaci apendicitidy větší, znamená to, že buď je chyba na straně lékařů, ať už se vyskytnou větší komplikace, nebo používají drahý materiál nebo problém je v tom, že nemocnice těchto výkonů provádí málo.

Typickým příkladem jsou porody, kde do celkových nákladů musí být započítány i náklady na porodní sál a mzdové náklady na pohotovostní službu, které nemocnici nabíhají i tehdy, když ten den žádná žena neporodí. Mnohé nemocnice tak dojdou k závěru, že kvůli třem stovkám porodů ročně se nevyplatí porodnici udržovat. Následně dojde k redukci sítě zdravotnických zařízení z iniciativy samotných nemocnic.

Protože veškeré údaje potřebné k zařazení pacienta do DRG skupiny již vykazujeme nyní, nebude přechod k DRG pro naše lékaře těžký. Lékař bude muset pouze rozhodnout, která diagnóza byla u pacienta v průběhu hospitalizace nejzávažnější a tudíž měla za následek největší čerpání finančních prostředků. Naše softwarové vybavení významně ulehčí proces kódování, takže v rutinním provozu nedojde k navýšení administrativy. Náročnější to budou mít v průběhu zavádění systému DRG ekonomové, kteří budou muset realizovat nákladové kalkulace všech výkonů, ošetrovacích dnů a ceny práce za hodinu strávenou na operačním sále.

DRG systém není jen nový způsob účtování lůžkové péče, ale hlavně se jedná o zcela zásadní změnu chování zdravotnického personálu ve vztahu k léčbě nemocného, a to zcela racionálně, aby nebyly překročeny průměrné náklady.

Skupina lékařů a ekonomů Fakultní nemocnice Ostrava (FNsP) již po dva roky pracuje na tom, aby přechod k DRG byl v naší nemocnici bez komplikací – a rovněž, aby nemocnice nebyla po přechodu na nový systém úhrad ztrátová. Naše poznatky předáváme ostatním nemocnicím Moravskoslezského kraje, protože jsme na tuto školící činnost získali grant Krajského úřadu. Na základě našich zkušeností MZ ČR rozhodlo, že ve FNsP Ostrava bude zřízeno školící centrum DRG pod hlavičkou Institutu pro vzdělávání zdravotnických pracovníků (IPVZ) a tzv. Národní referenční centrum, které bude mít za úkol vytvořit pro všechny subjekty pohybující se v systému DRG rovné podmínky.

Je potěšitelné, že v současné době tento systém podporuje i většina zdravotních pojišťoven. V této věci v Ostravě panuje shoda a naše nemocnice spolupracuje jak s Revírní bratrskou a Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou, tak i s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, což jsou pro nás klíčoví partneři.

Bibliografické odkazy

1. DRBAL, C.: *Posttransformační stav a možnosti jeho řešení*. Praha: ŠVZ IPVZ Praha, 1998.
2. DVOŘÁK, V. 2003. Projekt zavádění DRG doznává změn kvůli zpoždění. *Zdravotnické noviny*, 2003, roč. 52, č. 11, s. 10.
3. DVOŘÁK, V. 2002. Zavádění DRG: příliš mnoho otázek. *Zdravotnické noviny*, 2002 roč. 51, č. 13, s. 10. ISSN 0044-1996.
4. Pilotní projekt zavádění DRG je za dveřmi. *Zdravotnické noviny*, 2002 roč. 51, č. 40, s. 10.
5. Budeme zavádět systém IR-DRG. *Zdravotnické noviny*, 2002 roč. 51, č. 32, s. 6.

Ing. Karel Pustelník
Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava
Tř. 17. listopadu 1790
708 52 Ostrava-Poruba
e-mail: karel.pustelnik@fnspo.cz

ZKUŠENOSTI S VÝUKOU INFORMAČNÍCH TECHNOLOGIÍ VE STUDIJNÍM PROGRAMU OŠETŘOVATELSTVÍ

***Hana Sochorová, **Hana Materová**

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

***Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, Klinika nukleární medicíny, Ostrava*

Úvod

V akademickém roce 2002/2003 byla zahájena výuka druhého ročníku v prezenčním studiu bakalářského studijního programu ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity. Předmět Informační technologie je zařazen v zimním semestru prvního ročníku do bloku povinných předmětů a úspěšné absolvování je podmíněno udělením zápočtu. Na základě zkušeností s výukou v předchozím akademickém roce a vzhledem k tomu, že studenti přicházejí z různých typů středních škol a také s ohledem a počtem studentů v ročníku, jsme se rozhodli připravit vstupní test znalostí z oboru informačních technologií tak, abychom mohli správně stanovit počáteční stupeň výuky a rozdělit studenty do pracovních skupin podle úrovně vstupních znalostí.

Charakteristika testu

Bylo připraveno 30 testových otázek zahrnujících problematiku obecné orientace v oboru, základní pojmy, pojmy z oblasti elektronické komunikace, využívání internetu, ochrany a bezpečnosti dat. Studentkám byl test rozdán v elektronické podobě na disketě, úkolem bylo vyplnit odpovědi přímo do textového dokumentu. Pro některé se ukázal problematickým již postup vložení diskety do mechaniky počítače a otevření dokumentu na disketě. Časový limit pro vypracování byl maximálně 80 minut, který však nikdo nevyčerpal – chybějící odpovědi v testu nebyly způsobeny časovou tísň. Testu se zúčastnilo 48 studentek prvního ročníku studia ve studijním programu ošetřovatelství.

Zhodnocení výsledků testu

Otázky byly hodnoceny bodově se započítáním poloviční hodnoty bodu v případě neúplné odpovědi. Maximální možný počet bodů byl tedy u každé otázky 48. Nejvyšší počet bodů byl u otázky č. 2 (*Kolik má 1 kB (kilobyte) bytů (B)?* 29 bodů), nejméně 0 bodů u dotazu na práci s programovacími jazyky na střední škole. Průměrně byly otázky hodnoceny 12,2 bodu, tj. asi 25 % správných odpovědí.

Příklady některých otázek (odpovědi jsou záměrně ponechány v původním tvaru):

1. Vysvětlete vlastními slovy pojmy bit a soubor. Správná odpověď: Bit je základní jednotka informace, nabývá hodnot 1 a 0. Soubor je základní jednotka pro uložení dat v PC, je charakterizován jménem a příponou, soubory jsou umístěny ve složkách (adresářích).

Počet získaných bodů: 11, tj. 23 %

Body byly získány většinou za definici pojmu bit, pojem soubor dokázala alespoň přibližně správně definovat jedna studentka. Jedna z e zajímavých odpovědí zněla takto:

...soubor je v podstatě taková složka, do které se ukládají adresáře a do nich podadresáře, např. složka předměty bude obsahovat adresáře biologie, český jazyk...

2. *Jaké druhy úloh mohou být zpracovány počítačem lépe, než by to dokázal člověk?*

Počet získaných bodů: 15, tj. 31 %

Zde je možné pro ilustraci uvést jednu z odpovědí: *-kopírování na disketu*

3. *Co se stane s daty v paměti počítače (RAM) v případě přerušení napájení? Jak se můžete ochránit proti takovýmto situacím? Správná odpověď: Data se vymažou, je třeba průběžně data ukládat*

Počet získaných bodů: 28, tj. 58 %

Více než polovina studentek je si vědoma toho, že zpracovaný dokument je potřeba pro uchování uložit na záznamové médium.

4. *K čemu slouží modem? Správná odpověď: K připojení na Internet, k datové komunikaci*

Počet získaných bodů: 15,5, tj. 32 %

Relativně vysoké procento správných odpovědí zda však svědčí spíš o rozšiřování přístupu k Internetu v domácnostech nebo jinde veřejně přístupné.

5. *Jaké jsou výhody a nevýhody při použití diskety pro zálohování dat? Správná odpověď: Snadná manipulace, snadné poškození, malá kapacita.*

Pro ilustraci opět uvádíme jednu z odpovědí:

Výhoda: disketa se těžko poškozuje

Nevýhoda: na některou se vejde méně informací

6. *Co je to UPS? Správná odpověď: Zařízení schopné při výpadku proudu v elektrické síti automaticky nahradit na krátkou dobu zdroj napětí. Do doby vyčerpání alternativního zdroje energie z UPS může uživatel zajistit ukončení chodu systému bez rizika závažné ztráty dat.*

Počet získaných bodů: 1, tj. 2 %

Opět uvádíme jednu ze zajímavých odpovědí:

Co je to UPS?

Universalni počítačový systém

7. *Jaké znáte operační systémy? S jakým OS jste měli možnost pracovat na střední škole? Správná odpověď: DOS, Windows, UNIX, LINUX ...*

Počet získaných bodů: 11,5, tj. 24 %

Zde se ukázalo, že studentky většinou vůbec pojem operační systém neznají. Uvádíme několik ze získaných odpovědí:

Jaké znáte operační systémy? S jakým OS jste měli možnost pracovat na střední škole?

- *T 602 (absolventka gymnázia)*
- *DOS, Windows, Norton Commander, Microsoft*
- *Word, Excel (většina studentek)*
- *Na střední škole jsme jenom hraly hry*
- *Je jich mnoho. V práci jsme měli připraven speciální OS jen pro naši nemocnici*

8. *Význam kláves Esc, CapsLock, Enter, Win*

Počet získaných bodů: 16,5, tj. 34 %

Bohužel i tyto poměrně jednoduché otázky dělaly studentkám potíže. Mezi odpověďmi se objevil i názor, že *klávesa Enter slouží k mazání.*

9. Co je to elektronická pošta? Používáte ji? Jakým způsobem. Správná odpověď: Způsob komunikace přes PC, možnost posílat text, obrázky, video, zvuk.

Počet získaných bodů: 18, tj. 37,6 %

*Co je to elektronická pošta? Používáte ji? Jakým způsobem.
Pomocí myši, nebo kurzoru*

10. Jaké znáte internetové prohlížeče? Správná odpověď: Internet Explorer, Netscape Navigator, Opera

Počet získaných bodů: 1, tj. 2 %

Ačkoliv se studentky orientují v prostředí Internetu (především posílání sms), některé základní pojmy neznají (viz také následující otázka). Jediná správná odpověď byla od absolventky gymnázia a kupodivu nabízela prohlížeč Opera ...

Jaké znáte internetové prohlížeče?

- Centrum, atlas, seznam
- www.osu.cz
- Centrum, Seznam

Z hlediska celkového hodnocení odpovědí:

4 studentky neodpověděly na žádnou otázku (8,3 %)

8 studentek psalo důsledně bez diakritických znamének, ostatní občas

2 studentky přiznaly přímo, že na střední škole „jenom hrály hry“

Kromě vstupního testu jsme studentkám ještě položili ústně tyto otázky:

1. V kterém ročníku jste na střední škole měly výuku na PC?
Odpověď: většinou 1.ročník nebo vůbec ne.
2. Co jste se o PC učili nebo jak jste s PC pracovali?
Téměř shodně odpověděli, že si nic z tohoto předmětu ze střední školy nepamatují nebo hráli hry.
3. Máte doma počítač?
20% odpovědělo kladně.
4. Myslíte si, že umíte s PC pracovat?
10% odpovědělo kladně, a to díky tomu, že mají počítač doma.

Výuka

Výuka v rozsahu dvě hodiny týdně probíhala podle následujícího plánu:

- Základní pojmy, hardware, software, formát dat, média, ochrana softwaru
- Operační systémy, jejich funkce, typy
- Práce ve Windows, nastavení, práce s daty
- Kancelářské programy (prakticky MS Office), jejich možnosti
- Textový editor
- Tabulkový procesor, grafy, spolupráce mezi aplikacemi
- Příprava elektronické prezentace
- Internet a jeho služby (e-mail, www)
- Principy vyhledávání informací v Internetu, zdravotnické portály
- Databáze, jejich filosofie, využití, bezpečnost dat
- NIS, LIS, Ošetřovatelská dokumentace
- NIS ve FNŠP Ostrava – ukázka, exkurze

Nejvíce času jsme pak věnovali základní práci s operačním systémem Windows, textovým editorem Word, tabulkovým procesorem Excel, práci s informacemi v Internetu. Na témata

jako databáze, NIS, LIS, ošetrovatelská dokumentace bohužel z důvodu velmi nízkých vstupních znalostí nezbyl čas.

Na závěr semestru studentky vypracovaly pod dohledem zápočtovou práci, která měla za úkol prověřit, zda zvládly základy práce se souborem, složkou, práci s disketou, formátování textu, práce s tabulkou, jednoduché matematické operace a tvorbu grafu v tabulkovém procesoru, vyhledání konkrétních dat přes Internet a jejich použití v dokumentu.

Test byl bodován podle náročnosti úkolů, maximální možný počet bodů byl 36, k udělení zápočtu bylo potřeba získat alespoň 24 bodů. Pouze 2 studentky zápočtový test opakovaly, 2 získaly plný počet bodů, v průměru dosáhly 28,8 bodů.

Závěr

Většina studentů vysokých, středních i základních škol nastoupí v příštích pěti až deseti letech do zaměstnání. V té době bude snad už i Česko členem EU. Problémy na trhu práce na sebe nenechají dlouho čekat – absolventi některých středních škol nezvládají obsluhu základního uživatelského softwaru, většina nechápe možnosti informačních technologií. Postupné zavádění počítačů do všech typů škol, kvalitní a kvalifikovaná výuka by snad měla situaci zlepšit. V našem testu nevedly všechny studentky typ absolvované střední školy, takže nebylo možno provést konkrétní srovnání, ze statistik přijímacího řízení ale vyplývá že v prvním ročníku studijního programu ošetrovatelství je 22 % absolventů z gymnázia, 73 % ze střední zdravotní školy a 5 % z jiného typu školy.

Nevyrovnaná situace v počítačové gramotnosti dnešních absolventů středních škol má patrně svůj původ především v nedostupnosti PC na školách, přestože počítače často na školách mají, studenti se k nim nedostanou, pokud ano, často na nich hrají pouze hry. Úroveň výuky na středních školách bohužel včetně některých gymnázií je velmi rozdílná, studenti nemají základy a ve vysokoškolském studiu není na co navazovat a doplňovat znalosti vzhledem ke specializaci studia. Nezbývá, než doufat, že v souvislosti s plány na zavádění počítačů do škol a zvyšování počítačové gramotnosti studentů bude situace v příštích letech lepší.

Bibliografické odkazy

NOVÁKOVÁ A. a kol. *Řidičák na počítač*. Vogel Publishing, s. r. o.: Praha, 2001, ISBN 80-85986-31-0

***RNDr. Hana Sochorová, PhD.
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra vyšetřovacích metod a lékařské biologie
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Hana.Sochorova@osu.cz***

VPLYV DEPRESÍVNEJ PORUCHY NA SUBJEKTÍVNE PREŽÍVANIE RODINY

***Martina Tomagová, **Igor Ondrejka**

** Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Martin, **Psychiatrická klinika, Martinská fakultná nemocnica, Martin*

Súhrn

Depresívne poruchy, častá forma duševných porúch, sú momentálne štvrtou najčastejšou príčinou straty rokov zdravia alebo života z dôvodu predčasného ochorenia alebo mortality.

Negatívne ovplyvňujú subjektívne prežívanie nielen depresívneho pacienta, ale aj v kontexte celej rodiny.

Cieľom práce bolo posúdiť dynamiku zmien subjektívneho prežívania depresívneho pacienta a jeho príbuznej z aspektu kvality života a funkčnosti rodiny.

Kvalita života bola posudzovaná PCASEE-škálou kvality života a funkčnosť rodiny pomocou Apgarovej skóre rodiny.

Ošetrovateľstvo môže aktívne podporovať kvalitu života depresívneho človeka aj jeho rodiny. Diskutované sú praktické možnosti uplatnenia jednotlivých rôľ sestry v komunitnej psychiatrickej starostlivosti.

Kľúčové slová

depresia, subjektívne prežívanie, kvalita života, rodina, ošetrovateľstvo

Úvod

Depresia je častým ochorením a celosvetovo je momentálne štvrtou najčastejšou príčinou straty rokov zdravia alebo života z dôvodu predčasného ochorenia alebo mortality a očakáva sa, že do roku 2020 bude ich druhou najčastejšou príčinou. Epidemiologické prieskumy celkovej populácie rôznych krajín zistili podiel celoživotnej prevalencie depresie 3 až 17 % a dystýmie medzi 2 až 7 % (Christodoulou G. N., et al., 2002, s. 3).

Rodina je z hľadiska systémovej teórie systém, ktorého členovia sú vo vzájomnej recipročnej interakcii. Ochorenie člena rodiny môže vyplývať z interakcií a vnútorného diania a prežívania tohto systému (Janosiková, E., H., Daviesová, J., L., 1999, s. 362). Prežívanie členov rodiny však môže byť zároveň významnou mierou ovplyvnené vážnym psychickým ochorením, ktoré má potenciálne chronický a rekurentný priebeh.

Príbuzní tvoria jeden z významných faktorov ovplyvňujúcich kvalitu života duševne chorého. Rodina je pre ťažko chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu umožní prijateľnú sociálnu integráciu a poskytne emočnú podporu (Vágnerová, M., 2000, s. 58). Avšak aj kvalita života príbuzného osciluje v závislosti od dynamiky zmien v duševnom stave pacienta. Pod vplyvom chorobných zmien sa menia roly, vzťahy, celkový štýl života, hodnoty, normy jednotlivých členov (Vágnerová, M., 2000, s. 58).

Cieľ

Práca je zameraná na posúdenie dynamiky zmien kvality života a funkčnosti rodiny z pohľadu depresívneho pacienta a jeho príbuznej.

Súbor a metodika

Do súboru bol zaradený pacient s diagnózou depresívnej afektívnej poruchy (F 32.2 – ťažká depresívna fáza bez psychotických príznakov – podľa MKCh -10) vo veku 58 rokov a jeho manželka vo veku 56 rokov. Posúdenie kvality života a funkčnosti rodiny sa uskutočnilo dvakrát: 1. posúdenie počas hospitalizácie pacienta a 2. posúdenie po 4

mesiacoch liečby a ošetrovania, kedy pacient bol už prepustený z hospitalizácie do domáceho prostredia a ambulantnej liečby.

Celková kvalita života a jej bio-psycho-sociálne aspekty sa hodnotili PCASEE - škálou kvality života (Bech, P., 1996, s. 38 - 42). Škála má 6 subškál a každá subškála po 5 položiek, ktoré sú kvantifikované na stupnici od 0 – 5, pričom hodnota 5 vyjadruje maximálnu (optimálnu) kvalitu života v danej položke. Súhrnné skóre jednotlivých subškál môže dosahovať hodnoty od 0 – 25 a celkové skóre kvality života hodnoty od 0 – 150. Subškály: P – somatické (fyzické) problémy, C- kognitívne problémy, A- emočné (afektívne) problémy, S- sociálne dysfunkcie, E-1- ekonomické problémy, E-2 – osobnostné (ego) problémy.

Funkčnosť rodiny bola posudzovaná pomocou Apgarovej skóre rodiny (Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R., 1995, s. 689). Pozostáva z 5 otázok, ktoré vyjadrujú subjektívne prežívanie funkčnosti rodiny z hľadiska adaptácie, partnerského vzťahu, rastu, citových prejavov a rozhodnutia (Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R., 1995, s. 689).

Výsledky

Počas hospitalizácie sa zistila u depresívneho pacienta veľmi nízka celková kvalita života na základe súhrnného skóre PCASEE-škály kvality života. Analýzou jednotlivých subškál možno identifikovať u pacienta počas depresie najnižšie hodnoty v položkách E-1 a S a najvyššie hodnoty v položkách P a E-2. Pacient počas depresie mal najvýraznejšie ekonomické problémy a sociálne dysfunkcie a najnižšie somatické a osobnostné problémy.

Po 4 mesiacoch terapie a ošetrovania došlo k zvýšeniu kvality života pacienta. Najvýraznejšie zlepšenie sa zistilo v sociálnych dysfunkciách, v emočných a v kognitívnych problémoch. V ekonomických problémoch nedošlo k zmenám a osobnostné problémy sa zlepšili len minimálne. V žiadnej sledovanej položke nedošlo k zhoršeniu.

Zároveň sa posudzovala dynamika zmien v kvalite života príbuznej - manželky depresívneho pacienta. Počas hospitalizácie depresívneho pacienta sa zistila u manželky tiež nízka celková kvalita života. Najvýraznejšie boli somatické a emočné problémy. Na najnižšej úrovni sa zistili kognitívne problémy a sociálne dysfunkcie.

Po 4 mesiacoch došlo len k čiastočnému zlepšeniu kvality života. Najvýraznejšie sa zlepšili emočné problémy príbuznej, zatiaľ čo v ekonomických a v osobnostných problémoch nedošlo k zmene. K zhoršeniu nedošlo v žiadnej zo sledovaných položiek.

Po 4 mesiacoch sa zistilo výraznejšie zlepšenie kvality života pacienta s depresívnou afektívnou poruchou ako u jeho príbuznej (tabuľka 1).

Pri iniciálnom posúdení funkčnosti rodiny z pohľadu pacienta sa zistila 60 % funkčnosť a po 4 mesiacoch liečby a ošetrovania sa zvýšila na 100 %, čo činí 40 % zlepšenie.

Pri prvom posúdení funkčnosti rodiny z pohľadu manželky bola 50 % funkčnosť rodiny a pri druhom posúdení 90 %, čo znamená tiež 40 % zlepšenie (tabuľka 2)

Tabuľka 1. Kvalita života

KVALITA ŽIVOTA	N 1			N 2		
	1.	2.	+ %	1.	2.	+ %
P	10 (40 %)	19 (76 %)	+ 36 %	13 (52 %)	15 (60 %)	+ 8 %
C	7 (28 %)	18 (72 %)	+ 44 %	19 (76 %)	21 (84 %)	+ 8 %
A	5 (20 %)	16 (64 %)	+ 44 %	14 (56 %)	20 (80 %)	+ 25 %
S	4 (16 %)	17 (68 %)	+ 52 %	21 (84 %)	22 (88 %)	+ 4 %
E-1	2 (8 %)	2 (8 %)	+ 0 %	15 (60 %)	15 (60 %)	+ 0 %
E-2	10 (40 %)	12 (48 %)	+ 8 %	17 (68 %)	17 (68 %)	+ 0 %
PCASEE	38 (25,3 %)	84 (56 %)	+ 30,7 %	99 (66 %)	110 (73,3 %)	+ 7,3 %

Tabuľka 2, Apgarovej skóre rodiny

N 1			N 2		
1.	2.	+ %	1.	2.	+ %
6 (60 %)	10 (100 %)	+ 40 %	5 (50 %)	9 (90 %)	+ 40 %

N 1 – pacient, N 2 – príbuzný, 1. – 1. posúdenie, 2. – 2. posúdenie, + % - percento zlepšenia

Diskusia a záver

PCSEE-škála kvality života výstižne a prehľadne mapuje bio-psycho-sociálny aspekt aktuálneho subjektívneho prežívania pacienta a jeho príbuzného. Neobsahuje však spirituálnu (transcendentálnu, metafyzickú) komponentu kvality života, ktorú treba v ďalšom sledovaní doplniť inou výskumnou metodikou (napr. LOGO-testom od Lukasovej, J., E., 1997, s. 185 - 209).

Depresívna porucha ovplyvňuje subjektívne prežívanie nielen pacienta s depresiou, ale aj jeho príbuznej. Kvalita života pacienta s depresiou dosahuje veľmi nízku úroveň. Najvyššie postihnutie sa zistilo v ekonomickej nezávislosti a v sociálnom fungovaní. Emočné problémy dosahovali tiež vysokú intenzitu. Najnižšie problémy sa zistili v somatickej a osobnostnej sfére. Po 4 mesiacoch liečby a ošetrovania depresívneho pacienta došlo k zvýšeniu jeho celkovej kvality života aj jej jednotlivých komponent s výnimkou ekonomických problémov.

Kvalita života príbuzného je tiež nízka počas hospitalizácie pacienta pre depresiu, ale je vyššia ako u pacienta. Somatické a emočné problémy dosahovali najvyššiu intenzitu. Na najnižšej úrovni sa zistilo postihnutie sociálneho fungovania a kognitívne problémy. V súvislosti so stabilizáciou psychického stavu pacienta sa u príbuznej čiastočne zlepšila celková kvalita života. K navýraznejšiemu zlepšeniu došlo v oblasti emočných problémov. Čiastočne sa zlepšili aj kognitívne a somatické problémy.

Iniciálna celková kvalita života u pacienta s depresívnou afektívnou poruchou dosahuje nižšiu úroveň ako u príbuznej, ale a ošetrovaní dochádza k výraznejšiemu zlepšeniu v kvalite života u depresívneho pacienta ako u príbuznej, ale kvalita života u príbuznej preda len aj pri tomto posúdení je na vyššej úrovni.

Zároveň bolo zistené po 4-mesačnej liečbe a ošetrovaní zlepšenie vo funkčnosti rodiny z pohľadu pacienta, aj z pohľadu jeho manželky.

V rámci ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorého sa príbuzným pacienta priraduje dôležité postavenie (Janosikova, E., H., et al., 1999, s.157), významným spôsobom ovplyvňujú kvalitu života chorého. Avšak aj u príbuzných, vplyvom ochorenia pacienta, dochádza k výrazným zmenám v kvalite života a nie sú schopní pozitívne ovplyvňovať pacientov stav.

Rodina má významnú úlohu aj pri identifikácii duševnej poruchy. Sestra v rámci ošetrovania duševne chorého prichádza do kontaktu s rodinou a pozoruje správanie príbuzných, ich vyjadrenia, postoj ku pacientovi. Získava dôležité diagnostické údaje ako pre ošetrovateľský, tak aj pre terapeutický proces.

Vychádzajúc z chápania kvality života v súvislosti s hodnotením a uspokojovaním potrieb človeka (Nemčeková, M., et al., 2000, s. 67), navrhujeme nasledovné ošetrovateľské postupy, zamerané na zlepšenie subjektívneho prežívania a tým aj zvyšovanie kvality života príbuzných pacienta a funkčnosti rodiny ako celku:

- zisťovať problémy príbuzných v oblasti telesnej, psychickej, sociálnej, duchovnej, ktoré vznikli v súvislosti s duševným ochorením pacienta,

- navrhnúť riešenie možných psychosomatických problémov príbuzných, ktorých vznik súvisí s ochorením pacienta
- poskytnúť emočnú podporu príbuzným,
 - vyjadriť spoluúčasť pri prežívaní problémového obdobia,
 - poskytnúť nádej na stabilizáciu a úpravu stavu chorého,
 - usmerňovať pri získavaní schopností efektívne riešiť problémy a rozhodovať sa
 - edukovať príbuzných o vhodnom prístupe ku chorému, o ošetrovateľských postupoch, žiadúcej participácii na ordinovanej terapii.

Navrhované opatrenia je možné realizovať počas hospitalizácie duševne chorého, ale hlavne v komunite.

Bibliografické odkazy

1. BECH, P. *The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening*. 2. vyd. Berlin : Springer, 1996. 86 s. ISBN 3-540-61245-9
2. CHRISTODOULOU, G. N. et al. 2002. Prevencia depresie. *WPA bulletin o depresii*. roč. 5, č. 24, s. 3 - 8
3. JANOSIKOVA, E., H., DAVIESOVA, J., L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8
4. LUKASOVÁ, S. E. K validizaci logoterapie. In. Frankl, V. E. *Vůle ke smyslu*. 3. vyd. Brno : Cesta, 1997. 185 – 209 s. ISBN 80-85139-63-2
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovateľstvo I.1.* slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
6. NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D. *Práva pacientov : filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava : Iris, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8
7. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6

Mgr. Martina Tomagová, PhD.
Univerzita Komenského Bratislava
Jesseniova lekárska fakulta Martin
Ústav ošetrovateľstva
Sklabinská 26
037 53 Martin
Slovenská republika
e-mail: Tomagova@jfmed.uniba.sk

SESTRY A JEJICH CESTA K PROFESIONALITĚ

Valérie Tóthová, Adéla Mojžíšová

Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, České Budějovice

Souhrn

V příspěvku se autorka zamýšlí o profesionalitě v sesterské profesi jak v obecné, tak i konkrétní rovině. Celospolečenské změny probíhající v posledním desetiletí dvacátého století otevřely cestu i k realizaci změn v oboru ošetrovatelství. Ošetrovatelství se stává samostatnou vědní disciplínou. Mění se role sestry a její postavení ve společnosti. Profesionální příprava se postupně přesouvá na vysoké školy a univerzity. Tyto změny by měly ovlivnit růst profesionality a se sestrami – profesionálkami by mělo být počítáno jako s klíčovými partnery ve zdravotnictví.

Klíčová slova

profese, profesionalita, profesionálové, sestry, ošetrovatelství

Ošetrovatelství jako nová vědní disciplína podléhá v posledních letech značným změnám, které jsou výsledkem působení nejen přeměn v oblasti vlastního oboru ošetrovatelství, medicíny a v systému zdravotní péče, ale i rozvoje společnosti. Rok 1989 znamenal nejen změny ve společenském, politickém, ale i v sociálním a zdravotním systému. Otevřeli jsme se světu a přílivu nových informací ze Světové zdravotnické organizace (dále SZO), z centra SZO pro spolupráci v ošetrovatelství, z Mezinárodní rady sester, z mezinárodních projektů atd. Takové aktivity podpořily změny v ošetrovatelství, které byly zaměřené na ošetrovatelství jako vědní obor, na role sestry a na jejich postavení ve společnosti, na systém a obsah vzdělávání sester, na ošetrovatelskou praxi a na výzkum v ošetrovatelství. (Farkašová, D. a kol. 2001, s. 30) Poslední desetiletí dvacátého století bylo u nás poznamenáno i diskusemi o profilu ošetrovatelství jakožto vědy transformující se v té době v obor, který bude možné studovat na univerzitní úrovni i v naší republice. Na přelomu století pak dochází postupně i u nás k přesunu profesionální přípravy sester na vysoké školy a univerzity. Tato nová forma přípravy sester by měla přispět jednak ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče a jednak k zabezpečení kompatibility vzdělávání sester v souladu s kritérii EU. Vysokoškolská příprava sester by pak v neposlední řadě měla přispět i k výraznému vzrůstu profesionality umožňující ošetrovatelské profesi pokrýt požadavky na nové organizované služby. (Strategické dokumenty, 2.díl, 2002)

Hovoříme-li o profesionalitě, je nutné si uvědomit, co tento pojem znamená, a to nejen v obecné rovině, ale i konkrétně pro profesi sestry. Definování tohoto pojmu, tedy pojmu profesionalita, není jednoduché, neboť profesionalizace je výsledkem dlouhého historického vývoje profese. První pokusy o přesnou a jasnou definici profesionalizace se objevily již v 19. století a od té doby existuje již pestrá paleta definic profesionality, které vyzvedají různé aspekty profese a profesionality:

- profesionál na rozdíl od amatéra je zaměstnán na plný úvazek poskytující mu základní zdroj příjmu. Profesionalita předpokládá silnou motivaci, která je základem pro volbu profesionálního zaměstnání. Profesionál disponuje specializovaným souborem znalostí, postojů a dovedností, které jsou nabývány prostřednictvím profesionálního a celoživotního vzdělávání. Profesionál svá rozhodnutí činí vždy v zájmu klienta a řídí se přitom

teoriemi, které aplikuje na jednotlivé případy. Profesionál pracuje s univerzálními standardy.

- profesionál ovládá orientaci na služby, což znamená, že užívá své zkušenosti v zájmu klientů. Tato služba je založena na bázi objektivních potřeb klienta.
- odborník profesionál požaduje autonomii v posouzení svých výkonů – to znamená, není-li klient spokojen, profesionál dovolí pouze svým kolegům znalecky posoudit vlastní výkony. Současně si je profesionál vědom možné zranitelnosti klienta, protože ten, zpravidla, nedisponuje prostředky k odhalení toho, zda nebyl podveden nebo poškozen. Proto jednotlivé profese rozvíjejí silné etické kodexy a profesionální standardy výkonu, které jsou vyjádřeny ve formě kodexu chování.
- profesionál je členem profesních asociací, které definují vlastní kritéria přístupu, vzdělávací standardy, licenční zkoušky. V neposlední řadě určují i formy kariéry a rozsah pravomocí pro danou profesi. Funkcí profesionálních asociací je mimo jiné chránit autonomii profese. (Kot'a a kol., 1994, s. 10-12)

Na základě obecné definice lze konstatovat, že profesionalita je možná pouze za určitých podmínek, mezi které patří: vysoká úroveň odborných znalostí, nezávislost expertního posouzení potřeb klienta, vytváření odborných asociací, vytváření etického kodexu profese, vytváření profesionální autonomie, jejíž součástí je i obhajoba vlastních zájmů profesionálů proti zásahům z vnějšku. Legitimní součástí obhajoby zájmů profesionálů je i požadavek stanovení systému odměn za poskytované služby, které profesionál poskytuje v rámci plné pracovní doby.

Vzhledem k tomu, že profesionalita předpokládá vysoký stupeň teoretických vědomostí, byly mezi jasně definované profese zařazeny nejprve lékařství a práva, později pak i některé další obory – architekti, inženýři, učitelé apod. Vysoký status byl, a můžeme říci, že i většinou je, připisován těm profesím, které se vyvíjely na univerzitách.

Vraťme se nyní k profesionalitě v oboru ošetrovatelství. O profesionálním ošetrovatelství se začíná hovořit od druhé poloviny 19. století, tedy od období tzv. „reformace ošetrovatelství“. Za zakladatelku profesionálního ošetrovatelství považujeme první teoretičku v ošetrovatelství Florence Nightingalovou. Její čtyři zásady – čistota, dobré a vlídné zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo se na dlouhé období staly kritériem ošetrovatelské péče. Florence Nightingalová vytvořila základy ošetrovatelského vzdělávání a prosazovala ošetrovatelství jako autonomní povolání. Image Florence Nightingalové, nesoucí svou olejovou lampu, je světový symbol profesionálního ošetrovatelství. (Farkašová, D. a kol. 2001, s. 21-22)

Profesionalizace ošetrovatelství je tedy ovlivněna společensko-ekonomickými, sociálními a kulturními podmínkami a úrovní zdravotní péče, demokracií, humanismem, ale i právem národa na vzdělání. V době, kdy se v zahraničí mění ošetrovatelská profese a stává se autonomní a zaměřuje se na zdravého člověka a kvalitu jeho života, v době, kdy se ICN zabývá s rozvojem ošetrovatelství, v době, kdy SZO vydává rezoluci o ošetrovatelství, je u nás přítomna asistentická role ošetrovatelství, kdy je sestra akceptována pouze jako asistentka lékaře a ne jako rovnocenná členka zdravotnického týmu, která je specialistkou v oboru ošetrovatelství. Převážná část odborníků i sester pokládala u nás ošetrovatelství pouze za praktickou činnost, a ne za vědní obor s vlastní teorií, kterou je možno uplatnit v praxi. Z historického a byrokratického pohledu je/byla zdravotní sestra zaměstnanec a její role jakožto zaměstnanec se odvíjela od způsobu výuky, kdy studentky ošetrovatelství byly vedeny k poslušnosti, disciplíně, dodržování pravidel a směrnic, loajalitě a efektivnosti. Výsledkem této tradice byly sestry, které neměly účast při rozhodováních, jež

mohly ovlivnit jejich vlastní praxi, pracovní prostředí nebo i poslání zdravotnického zařízení.

V posledním desetiletí, kdy probíhají celospolečenské změny, dochází i u nás ke změnám poslání a postavení sester ve společnosti. Na základě těchto změn musí být se sestrami – profesionálkami počítáno jako klíčovými partnery ve zdravotnictví. Sestra jako profesionálka by měla:

- posuzovat, plánovat, uplatňovat a vyhodnocovat teorii, výzkum a praxi ošetrovatelství – toto chování by se mělo odrážet ve všech fázích ošetrovatelského procesu;
- přijímat, zvelebovat a udržovat nezávislost teorie, výzkumu a praxe – tyto prvky dělají z ošetrovatelství profesi, tzn., že sestra by tak neměla jen automaticky plnit činnosti zaměřené na splnění úkolu;
- komunikovat se sestrami a šířit teoretické a praktické vědomosti a výsledky výzkumu ošetrovatelství – profesionalismus se musí prokázat podporou, radou a pomocí ostatním sestram;
- udržovat v očích veřejnosti hlavní orientaci ošetrovatelství na služby lidem – tato orientace odlišuje ošetrovatelství od zaměstnání vykonávaných především pro zisk;
- udržovat a zvelebovat profesionální organizaci jako její hlavní představitelku – činnost řízená profesionální organizací odlišuje toto povolání od zaměstnání. (Kozierová, B. et al., 1995, s.8-9)

Tato cesta k profesionalitě není samozřejmě zdaleka jednoduchá. Abychom se dostaly na konec této cesty, je nezbytně nutné vytvořit legislativní podmínky pro realizaci všech změn, které jsou pro rozvoj sesterské profese bezpodmínečně nutné. Kolegyně ze zahraničí si již v roce 1988 daly na Evropské konferenci WHO za cíl vytvořit nový typ sestry, tj. sestru, která bude nezávislou kvalifikovanou pracovnící, působící sama nebo ve spolupráci s jinými odborníky při poskytování primární zdravotní péče v každém prostředí. Jejím úkolem nebude sloužit jiné profesi, ale informovat, podporovat a pečovat o pacienta a o společnost. (Salvage, J., 1996, s.5) Pojdme se tedy podle toho chovat, přispějme k růstu naší profesionality, naší profesionální image!

Již několik let u nás probíhají – někdy s větší, někdy menší intenzitou – změny v celém systému zdravotní péče. Centrem zájmu se pomalu, ale jistě stává člověk se svými potřebami, od nichž by se bezpodmínečně měla odvíjet veškerá zdravotní péče. Systém zdravotní péče se tak v důsledku prosazovaných a moderní společností postulovaných změn stává více humánnější, resp. holističtější. My, sestry, máme nyní velkou šanci obhájit naši profesionalitu, a to zejména tím, že námi poskytovaná ošetrovatelská péče bude kvalitní, zaměřená na vyhledávání a plánovitým uspokojování všech potřeb člověka, a to plně v korespondenci s nejnovějšími poznatky vědeckého oboru ošetrovatelství, plně v korespondenci s nejnovějšími trendy vyspělého ošetrovatelství. (Voleská, J., Tóthová, V., 2002, s. 171) Nová profesionální image nám do klína nepadne, musíme pro ni, stejně jako kolegyně ze zahraničí, bojovat a musíme si ji zasloužit. Budovat profesionální image a prestižní postavení ve společnosti by se mělo stát jednou z našich hlavních priorit.

Bibliografické odkazy

1. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelstvo – teoria*. Martin:Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0
2. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo* 1. díl. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
3. KOŤA, J. Učitel a jeho profese. In. *Pedagogické otázky současnosti*. Praha: ISVN, 1994. s 5-18. ISBN 80-85866-05-6
4. LEANN, L.S. *The image of Professional Nursing*. Philadelphia: J.B.Lippincott C., 1992. ISBN 963 242 2961

5. SALVAGE, J. *Ošetřovatelství v akci*. Brno: ČSS, 1996. ISBN 92-890-1312-5
6. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 2002. 2.díl. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002, 270 s. ISBN 80-85-047-21-7
7. VOLESKÁ, J., TÓTHOVÁ, V. Znalost potřeb člověka – základ kvalitní ošetrovatelské péče. In. *Nové trendy v ošetrovatelství*. České Budějovice: ZSF JU, 2002. ISBN 80-7040-578-3
8. VEDRAL, P., KAHOUN, V., PRAŽMOVÁ, V. Práce a myšlení. *Kontakt*, 2000, č. 2, s. 83-90.

PhDr. Valérie Tóthová, PhD.
Jihočeská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství
370 05 České Budějovice
e-mail: tothova@zsf.jcu.cz

KRITICKÉ MYŠLENÍ VE VÝUCE OŠETŘOVATELSTVÍ

Marie Trešlová

Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, České Budějovice

Souhrn

Příspěvek přibližuje aplikaci didaktické metody kritického myšlení při výuce ošetrovatelství na konkrétních případech.

Klíčová slova

kritické myšlené, dovednost, samostatnost, flexibilita, tolerance

Na našem pracovišti se snažíme hledat způsoby, jak udělat výuku poutavější, zajímavější a jak dobře připravit studenty do praxe. Připravit je tak, aby byli vyzbrojeni pro každodenní práci sester a také k zavádění moderního ošetrovatelství. Klasický způsob vyučování dostatečně nepřipravuje studenta pro samostatnost a flexibilitu, aby se mohl podílet na zavádění změn v rámci transformace ošetrovatelství. Při hledání způsobů výuky se sami učíme novým věcem. Pokud se nám podaří uspět, znamená to, že můžeme zhodnotit výsledky jako přínosné a pozitivní a nás samotné pak práce těší.

Při vyučování se snažíme využívat kritického myšlení. Proč? Protože nelze vykonávat ošetrovatelství bez přemýšlení. Kritické myšlení znamená použití několika kroků:

1. použití získaných faktů a znalostí, které známe nebo víme, kde je hledat – paměť
2. použití zvyků – zvyklostí jak provádíme věci a tím šetříme čas, jsou to naučené postupy o kterých nemusíme příliš přemýšlet
3. zjišťování, zkoumání, dotazování
4. nové nápady a tvořivost – je to opakem zvyku „Pojďme zkusit něco nového.“, počítejme s tím, že to může být nepříjemné, naplněno zklamáním, omyly a chybami
5. vědět, jak přemýšlet – přemýšlet o tom jak přemýšlíme, myšlení bude přesnější, jasnější, obrannější, vede k sebekontrolě

Pro vysvětlení se vracím k pěti bodům a jejich významu. Přeložíme-li slovo „myslet“ do angličtiny je to „think“. Toto je akronym, kdy každé písmeno tohoto slova je podle autorky jedním z kroků kritického myšlení.

- T** *total recall* – připomenout, je myslet, vybavování informací z paměti a následná asociace a dávání věcí do souvislostí
- H** *habit* je zvyk, jsou to činnosti, které opakujeme a tak se stávají zvykem
- I** *inquiry* – vyšetřova, pátrat je dotazování, a zkoumání do hloubky, tato činnost zpochybňuje a vede k závěrům
- N** *new ideas and creativity* - jsou nové nápady a tvořivost, je to protiklad zvyklostí, vede nás to k experimentování a odvaze dělat něco nového a jinak. Chyb, které při tom děláme si vážíme, protože mají váhu ponaučení.
- K** *knowing how you think* - vědět jak přemýšlíte, jsou znalosti, které nás vedou doprostřed (do centra) myšlení, poznáváme jak myslíme

Myšlení je dovednost stejně jako každý jiný ošetrovatelský postup – výkon. Neumíme-li umýt pacienta, nakrmit ho nebo aplikovat lék, je to stejné, jako když neumíme myslet.

Musíme se to učit. Stejně tak je i komunikace dovednost, kterou se musíme učit. Komunikace je mluvená (verbální), ale také psaná. V ošetřovatelství jde o dokumentaci. Pokud jedna část chybí, jde o nekompletní proces. Poškodit pacienta může jak špatnou či žádnou komunikací stejně tak špatným nebo žádným myšlením.

Kritické myšlení vede k tomu, abychom nesoudili a nekritizovali věci ani osoby, vede k toleranci a porozumění věcí a osob, vede k tomu, abychom stále začínali znovu, začínali nový proces na základě chyb, které jsme udělali, uvědomili si je a poučili se z nich. Kritické myšlení umožňuje chyby opravit, což je přínosnější a poučnější, než nedělat nic. Kritické myšlení člověka rozvíjí, zlepšuje a umožňuje mu jít stále dopředu. To je základní prvek k motivaci nejen osobní, ale také těch, s kterými pracujeme – studentů, klientů. Je vhodné věnovat se kritickému myšlení, protože obohacuje.

Zdá se, že je to příliš mnoho mluvení a málo konání, tedy že to není nic pro použití v praxi. Opak je však pravdou. Sledujeme-li jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu pak obsahuje ¾ myšlení a jen ¼ konání tedy realizaci.

Musíme připustit i počítat s tím, že závěr – hodnocení není nikdy 100% a vede k dalšímu procesu myšlení. Jak už bylo řečeno, myšlení je dovednost a to, jak se cítíme má vliv na způsob myšlení. Nelze vykonávat ošetřovatelství bez myšlení. Kvalitní ošetřovatelství je možné jen s kvalitním myšlením. Stále se musíme ptát :“Je to, co dělám správné pro pacienta?“

Vysoce kvalitní myšlení je vcítění se do role pacienta, znamená to, kdybychom byli pacientem, co bychom chtěli? Kritické myšlení nás přivádí k tomu, že pacient je unikátní jedinec se svou silnou stránkou i se svým zdravotním problémem a je osobností, která má konečné slovo v určování své zdravotní péče.

Příklady:

A.

V rámci semináře studentka vypráví o pacientovi na chirurgii, který přichází na vyšetřovnu těsně po skončení návštěv a žádá o injekci proti bolesti. Situace je vykreslena tak, že je to pacient známý tím, že když je čas na injekce, on ji nevyžaduje. Při návštěvách je čilý, veselý, nejeví žádné známky problémů ani bolesti. Náhle však se urputně dožaduje injekce a to teď hned. Dovětek pak byl: „co si to myslej, že my hned poletíme, proč tak dovádí před návštěvou, když ví, že ho to bude bolet?“ Takto byl pacient náhle a jednoznačně zařazen do škatulky „otrava“. Po postupných otázkách: „proč si myslíte, že chtěl injekci, co mohlo vyvolat bolest, proč se před návštěvou choval tak, jak se choval, co se mohlo během návštěv přihodit, co se mohl dovědět?“ se studentka s údivem nadechla a řekla: „takhle jsem se na to před tím vůbec nedívala, teď ta situace vypadá úplně jinak.“

B.

V semináři byly zadány studentům tři kazuistiky s úkolem vypracovat ošetřovatelský plán. Všechny případy se týkaly mladých lidí v psychicky špatném stavu pro trvalé poškození a následky původního onemocnění. Byl předpoklad, že bude nastíněno mnoho ošetřovatelských diagnóz. Následující případ zpracovávaly studentky, které se před tím zúčastnily Mezinárodního srovnávacího modulu v ošetřovatelství v Holandsku, kde intenzivně pracovaly ve skupinách a setkaly se s kritickým myšlením. Jejich navržený plán vypadal takto:

Ošetrovatelský proces při totální endoprotéze (TEP)

22letá Anna přijatá k reimplantaci TEP pravého kyč. kloubu. Před rokem a půl, při autohavárii na cestě za přítelem v zahraničí, došlo k polytraumatu včetně poškození kloubu, byla provedena TEP. Anna má jizvu přes obličej od vlasové části přes oko až k bradě na pravé straně. Oční bulbus je enukleován. Pro uvolnění endoprotézy má být Anna reoperována. Při předoperačním vyšetření je zjištěn zánět kloubu a zahájena léčba, aby následně byla provedena operace. Léčba není úspěšná a Anně je sděleno, že k operaci nedojde.

Anna váží 42kg, měří 168cm, fyziologické funkce (TT 37,7, P 96, TK 100/90), má poruchy menstruačního cyklu, je pod kontrolou gynekologa. Přišla o berlič. Během celé hospitalizace (měsíc), má bolesti, cítí se slabá, pláče, brání se očnímu kontaktu. Někdy odpovídá vztekle nebo nereaguje. Má suicidální myšlenky, které verbalizuje. Na lůžku je částečně soběstačná, omezená rotační botičkou a lavážemi kyčelního kloubu. Často zvoní na sestru a vyžaduje drobná přání a zprostředkování s psychiatrem, k němuž docházela již před hospitalizací. Spí přerušovaně pro bolest a pocení. Pije dostatečně, občas má nechutenství, chrup má sanován můstky a korunkami. Má zácpu, močí dostatečně.

Pracuje v zahraniční firmě, dálkově studuje vysokou školu ekonomickou. Je jedinou dcerou. Matka je sociální pracovnice, navštěvuje jí několikrát denně. Dceru podporuje. Otec se na návštěvách nepodílí. Nepravidelně jí navštěvují kamarádky. Přítel ji navštívil dvakrát. V lůžku i kolem lůžka má mnoho talismanů a hraček. Čte časopisy, moc se nesoustředí. Poslouchá hudbu, sleduje televizi.

Z kazuistiky je zřejmé, že seznam ošetrovatelských diagnóz bude velmi dlouhý a péče náročná. Při prezentaci skupinové práce studentky však uvedly svůj vypracovaný ošetrovatelský plán takto. „Tento případ je tak složitý a zdá se, že pro pacientku tam nikde není světlý bod.“ Z pohledu jejího i studentek. „Proto jsme se rozhodly náš plán začít MOTIVACÍ to znamená, vyjít právě z těch negativních na první pohled neřešitelných problémů. Ne tedy vycházet ze saturace základních potřeb, ale společně hledat, co je možné dělat, co zbývá v takové situaci. Hledat bod naděje, který může stimulovat. To nelze bez spolupráce. Přivést klientku ke změně hodnot a najít nový cíl. Například hovořit o možnosti oční protézy a plastice tváře.“

Na závěr lze říci, že tento způsob práce je pro studenty zpočátku obtížný, ale postupně dochází k jeho oblibě, právě pro možnost využití a vyjádření vlastních zkušeností, vědomostí a názorů. Ve výuce ošetrovatelství pak jednoznačně vede do „centra problému“, a tím je pacient.

Bibliografické odkazy

RUBENFELD, M.G., SCHEFFER, B.K.: *Critical Thinking: An Interactive Approach*. J.B.Lippincott Company. Philadelphia. 1995 ISBN 0-39755099-5

*Bc. Marie Trešlová
Jihočeská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství
370 05 České Budějovice
e-mail: treslova@zsf.jcu.cz*

Z HISTORIE SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Yveta Vrublová

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

Souhrn

Dějiny lidského rodu provázela od prvopočátku sexualita, od vyhnání prvních prarodičů Adama a Evy z ráje až po současnost. Sex byl, je a nepochybně bude součástí života člověka po celý život. Zcela pochopitelně s sebou přinášel celou řadu krásných prožitků, ale také na druhé straně i řadu problémů. Od počátku lidstva se v podstatě řeší problém prostituce, cizoložství, incestu a také jak neotěhotnět nebo naopak jak přijít snadno a rychle do jiného stavu. Dlouhodobě aktuální problém je prevence pohlavně přenosných nemocí.

Klíčová slova: sexualita, výchova, historie

Úvod

Není tomu tak dávno, kdy slovo sexualita bylo zapovězeno a sdruženo pouze s tělesným a zvířecím pudem. Bylo to velmi vulgární a společensky nevhodné. Bylo to slovo, které se smělo pouze šeptat anebo se nesmělo vůbec vyslovit. Přesto i v historii lidstva v různých kulturách probíhala sexuální nebo pohlavní osvěta. Ilustračním příkladem této výchovy byly a dosud jsou iniciační obřady.

Obsah

Již během 18. a 19. století bylo napsáno několik publikací o sexualitě. Mnohé z nich byly velmi dobré a sloužily vhodně svému účelu. Mnoho učených mužů, ale také žen z dřívější doby se věnovalo dlouhá léta ze svého života studiu pohlaví a zanechali světu velkou řadu hodnotných děl, z nichž některá byla krajně vědecká a technická, avšak jiná byla prostá, netechnická a dokonale jasná a pochopitelná pro laika, pro kterého byla určena.

V roce 1896 vyšla v Praze první kniha týkající se tohoto tématu - v českém překladu nazvaná „Pohlavní zdravotní věda“ od univerzitního profesora Sevedy Ribbinga ze Švédska. Uvedená útlá knížka krásnou starou češtinou pojednává ušlechtilým způsobem o pohlavních záležitostech člověka – o anatomii a fyziologii pohlavních orgánů, o pohlavním životě a požitcích, o menstruaci, manželství, o mravnosti, prostituci, pohlavních nemocích, onanii, poluci, ochranných prostředcích.

Za první České republiky působil na realizaci pohlavní výchovy významný faktor, kterým byly filozofické názory a autorita tehdejšího prezidenta T. G. Masaryka, který orientoval problematiku pohlavní výchovy výrazně do mravní roviny. Za velmi ožehavé téma považoval Masaryk jako filozof a sociolog problematiku „pohlavní mravnosti“. Své názory prezentoval ve své odborné přednášce „Mnohoženství a jednoženství“.

V roce 1940 vyšla v českém překladu kniha „Sexuální harmonie a eugenika“ amerických autorů Kliftona a Morleya, která jemně a cudně umožňovala seznámení se skutečností, které jak autoři uváděli by měli znát všichni muži a ženy. I v této době byla stále sexualita

považována za něco sprostého, něco o čem se nesmí mluvit. Kniha velmi jasně a srozumitelně vysvětluje jednotlivé otázky týkající se lidské sexuality. Již zde se vyskytuje myšlenka, že pohlaví je docela normální a přirozená část lidského těla, o které lze psát z výchovatelského hlediska, není zde nic co by bylo abnormální, nepřirozené nebo nestydaté. Velmi přirozeně je zde pojednáno o souloži, o pohlavních chorobách, a co je velmi zajímavé, je zde proveden praktický návod, který slouží k zabránění početí. Mezi velmi využívané techniky zabraňující otěhotnění patřil pesar (vynalezen roku 1881), kondom, který má podstatně delší historii (dříve byl vyráběn z ovčích a kozích blan a později z gumy a kaučuku). Pro pohlavně chladné ženy byl doporučován kondom s gumovými věnečky. Těmuž účelu sloužily i kondomy s kruhy, žebernatým povrchem tzv. krokodýlem. Zvláštním druhem prezervativu, který byl využíván byly tzv. kapoty neboli prezervativy žaludové. Byl to čepeček ve tvaru žaludu zhotovené z kaučuku, jeho účelem bylo zachycování semene, aby nevniklo do pochvy. Dále zde byly doporučovány hubky, které se zaváděly hluboko do pochvy a podléhaly zvýšené hygieně. Dalším materiálem (pomůckou) byly vsávače – nylonová vlákna, která mohla být zavedena i několik dní, rozpustné pesary z tuku bobulí kakaovníku a v neposlední řadě výplachy octem či citrónovou šťávou před pohlavním stykem.

V následujících letech až do roku 1989 byla sexuální výchova poněkud v ústraní a soustředila se pouze na odborné přednášky týkající se anatomie a fyziologie, hygieny a zásad antikoncepce. V posledním desetiletí 20. století došlo k výraznějšímu posunu významu sexuální výchovy a jejímu začlenění do školní výuky.

Mění se také styl života, hierarchie hodnot, postoje a role. To, co bylo dříve tabuizováno, je dnes akceptováno. Tyto změny postihly i oblast sexuality, na kterou působí více rizikových faktorů (např. přenos pohlavních chorob a hepatitidy typu B a C). Mladí lidé začínají sexuálně žít dříve a také velmi intenzivně na ně působí média a internet, které se touto oblastí zabývají z mnoha pohledů a jistým způsobem mohou působit negativně na vytvoření postojů k sexualitě. Sexuální výchova dospívajících v současnosti by měla probíhat lineárně a obsahovat základní témata týkající se zdravé sexuality, mezi které patří ontogeneze lidské sexuality, fyziologie pohlavních orgánů, antikoncepce, prevence pohlavně přenosných chorob včetně hepatitidy typu B a C, přijetí vlastního těla, uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích a sexuální deviace.

Také těchto důvodů se v dnešní edukaci týkající se pohlavního života musíme zaměřit nejen na již uvedené základní okruhy, ale také na lásku, hodnoty, postoje.

Závěr

Analýza uvedených fakt týkající se historie sexuální výchovy podává obraz skutečnosti, že i v dobách minulých, přes častý nesouhlas mnohých jedinců, žili osvícení odborníci, kteří si byli vědomi významu této výchovy v rámci prevence pohlavně přenosných chorob a také celkové spokojenosti lidí.

Sexuální styk je základem života, bez něho by nebylo prakticky ničeho. Tuto myšlenku je třeba mít často na paměti i v práci sestry, kdy dostatečnou empatií a edukací můžeme posílit kvalitu života jedince v kterékoliv fázi jeho ontogeneze.

Bibliografické odkazy

- 1.KLISTON, MORLEY. *Sexuální harmonie a eugenika*. Fr.Kodym. Praha 1940. 312 s.
- 2.MASARYK. T. G. *Mnohoženství a jednoženství*. Kočí B., Praha 1925, s.18
- 3.RIBBING.S. *Pohlavní zdravotní věda*. Praha 1997. 161s.

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

**SKÚSENOSTI Z INTENZÍVNEHO VZDELÁVACIEHO PROGRAMU
„MEDZINÁRODNÉHO POROVNÁVACIEHO MODULU
V OŠETROVATEĽSTVE“ V HANZEHOGESCHOOL VAN GRONINGEN
V HOLANDSKU**

Renáta Zeleníková

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, Ostrava

„Keď som mala 18 rokov, bola som už sestra.“ (česká sestra - učiteľka)

„Keď som mal 18, bol som ešte dieťa.“ (holandský študent)

Tieto dve zaujímavé vety zazneli počas rozhovoru s holandským študentom ošetrovatelstva. Pre 24-ročného holandského študenta 2. ročníka ošetrovatelstva bolo nepochopiteľné predstaviť si, že v 18 rokoch môže byť už sestrou. Prečo? Charakter profesného univerzitného vzdelania založený na samostatnosti vychádza z toho, že do procesu vzdelania vstupujú dospelí ľudia. Rozsah zodpovednosti, kreativita, samoštúdium a aktívna účasť študenta na výučbe vychádzajú z princípov vzdelávania dospelých.

Počiatkom februára 2003 katedra ošetrovatelstva Hanzehogeschool van Groningen organizovala 6. intenzívny vzdelávací program „*Medzinárodný porovnávací modul v ošetrovatelstve*“. Intenzívny program je súčasťou aktivít organizácie „Florence Network“. Hanzehogeschool je zakladateľom a členom organizácie „Florence Network“. Činnosť „Florence Network“ začala 15. 3. 1995 v Groningene a medzi jej hlavné ciele patrí:

- rozvoj ošetrovatelstva
- výmenné pobyty študentov a učiteľov
- porovnávanie a rozvoj kurikula v ošetrovatelstve
- spolupráca na výskume v ošetrovatelstve
- rozvoj spoločných projektov a intenzívnych ošetrovatelských programov
- výskum zameraný na štruktúru edukácie a didaktické systémy.

V súčasnosti „Florence Network“ združuje okolo 14 000 študentov ošetrovatelstva a približne ich 1200 vyučujúcich z 29 škôl, ktoré realizujú profesionálnu prípravu sestier v 13 európskych krajinách (Holandsko, Španielsko, Belgicko, Švédsko, Nemecko, Nórsko, Fínsko, Veľká Británia, Škótsko, Dánsko, Taliansko, Poľsko, Litva, Česká republika). Na tohtoročnom intenzívnom programe sa stretlo 41 študentov a 18 učiteľov ošetrovatelstva z 10 európskych krajín: Holandska, Švédska, Nórska, Fínska, Škótska, Dánska, Lotyšska, Litvy, Španielska a Českej republiky. Ústrednou témou bola „*Kvalita ošetrovatelskej starostlivosti*“ a „*Kvalita vzdelávania v ošetrovatelstve*“.

Dva týždne trvajúci intenzívny program obsahoval prezentácie, prednášky, diskusné skupiny, exkurzie a kultúrno - spoločenské podujatia. Spolu s ostatnými zahraničnými účastníkmi autorka mala možnosť porovnávať ošetrovatelstvo v desiatich zúčastnených európskych krajinách.

1. Prezentácie

Prezentácie jednotlivých zúčastnených krajín si študenti pripravili vopred. Každá prezentácia trvala približne 45 minút a bola rozdelená do 3 častí:

- Všeobecné predstavenie krajiny – história, kultúra, hlavné atrakcie,...
- Prezentácia systému zdravotnej starostlivosti (systém poistenia, zákony,...)
- Prezentácia vzdelávania v ošetrovatelstve (kvalifikácia a systém vzdelávania sestier, možnosti uplatnenia sestier v praxi).

2. Prednášky

Program obsahoval tiež prednášky zamerané na hlavnú tému „Kvalita starostlivosti“. Ako prednášajúci vystúpili: Manažér kvality Nadácie pre mentálne postihnutých dospelých, Manažér kvality Univerzitnej nemocnice v Groningene, členka Holandskej organizácie sestier. Zaujímavé boli prednášky venované liečbe drogových závislostí a eutanázii.

Všetky prednášky mali spoločného menovateľa, a tým bola spokojnosť pacientov/klientov. Ďalej uvádzam len niekoľko postrehov a zaujímavostí z prednášok:

V 50 štátoch Európy pracuje 8 miliónov sestier, z toho 700 000 pracuje v Európskej únii. Každá krajina vo väčšej či menšej miere bojuje s problémami, ktoré ovplyvňujú kvalitu starostlivosti. Sú to:

- dostupnosť starostlivosti
- dostatok zdravotníckych pracovníkov
- kontrola nákladov
- efektívnosť

V Holandsku venujú kvalite starostlivosti čoraz väčšiu pozornosť. Svedčí o tom existencia viacerých systémov kvality, ako sú inštitúcie či individuálni profesionáli zaoberajúci sa kvalitou. V roku 1996 bola založená Holandská spoločnosť sestier, ktorej hlavným cieľom je zvyšovať vplyv sestier na kvalitu. Kľúčovým slovom sa stáva sebakontrola, čo znamená prevziať osobnú zodpovednosť za kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Kvalitná starostlivosť predpokladá:

- jasné funkcie/úlohy/zodpovednosť
- dostatok personálneho a materiálneho zabezpečenia
- aktivity zamerané na základné podmienky – podporu a zlepšenie starostlivosti, hodnotenie starostlivosti a vonkajšiu kontrolu.

V Univerzitnej nemocnici v Groningene systém kvality zahŕňa nielen interný audit, manažment kompetencií a ďalšie zložky, ale aj veľmi zaujímavé a podnetné „interview s pacientom“ a „mirror meetings“.

„*Interview s pacientom*“ prebieha na požiadanie oddelenia v domácom prostredí pacienta po ukončení hospitalizácie. Interview je vedené nezávislým reportérom a písomná správa je následne odoslaná na oddelenie.

„*Mirror meetings*“ znamená stretnutie väčšej skupiny, kde sú prítomní pozvaní pacienti so svojimi príbuznými a 4 – 5 sestier. Nezávislí reportéri sa jednotlivých zúčastnených pýtajú na zážitky a skúsenosti z pobytu v nemocnici. Správy z týchto stretnutí, ktoré poskytujú spätnú väzbu, sú v podobe videozáznamov.

Manažér kvality Nadácie pre mentálne postihnutých dospelých okrem iného predniesol: „Kvalita znamená predovšetkým uspokojiť očakávania našich klientov. Komunikácia je kľúčové slovo v zlepšení kvality.“ Ide o komunikáciu s pacientom/klientom, medzi členmi interdisciplinárneho tímu, ako aj o komunikáciu na úrovni manažmentu.

Spokojnosť pacientov/klientov je cieľom každej aktivity, ktorá je zameraná na kvalitu starostlivosti. Stredobodom každého úsilia je pacient/klient. Z tohoto všetci vychádzajú a k tomu smerujú.

Nedá mi nespomenúť aspoň jednu myšlienku z prednášky o liečbe drogových závislostí. Liečba drogových závislostí je založená na motivácii a slobodnej vôli klientov. Hlavnou zásadou je akceptovať ľudí, ale neakceptovať ich správanie. Dôležité je vytvoriť pravidlá prospešné pre oboch. Aktívne vyhľadávanie klientov, nadviazanie kontaktu a motivácia vychádzajúca z klienta je predpokladom úspešnej liečby.

3. Diskusné skupiny študentov

Študenti boli rozdelení do 5 diskusných skupín, v ktorých pracovali každý deň na zadanej úlohe. Cieľom bolo hlbšie preniknúť a pochopiť podstatu problému a navrhnúť najlepšie riešenie, pričom sa museli brať do úvahy etické, ošetrovateľské a interakčné aspekty.

Príklady úloh jednotlivých skupín:

- Komunikácia v organizácii – riešenie komunikačných problémov využitím počítačov a internetu.
- Rešpektovanie kultúrnych odlišností.
- Manažment a leadership (vodcovstvo).

Práca v diskusných skupinách mohla zúčastneným študentom priblížiť spôsob výuky v hostiteľskej škole, kde študent je aktívnym účastníkom výuky a rola učiteľa je predovšetkým v metodickom vedení a usmerňovaní. Motivácia je veľmi dôležitým aspektom takejto výuky. Ak sú študenti motivovaní, majú záujem o štúdium a snažia sa hľadať riešenie problémov. Výsledky dvojtyždňovej práce každej skupiny boli na záver prezentované všetkým účastníkom intenzívneho programu. Tento spôsob učenia sa je efektívny. Ak chcú študenti diskutovať na danú tému a adekvátne riešiť zadanú úlohu, musia mať osvojené potrebné vedomosti. Musia sa naučiť prejaviť svoj názor, vedieť sa vyjadrovať. Zároveň sa učia byť kreatívni, chápať a akceptovať názory a postoje druhých a predovšetkým komunikovať. Práve komunikácii sa v Hanzehogeschool van Groningen prikladá nesmierny význam a je integrovaná do viacerých ošetrovateľských predmetov. Komunikačné zručnosti sú nedeliteľnou súčasťou ošetrovateľských zručností, preto ich spolu jednak precvičujú, ale aj hodnotia.

4. Diskusné skupiny učiteľov

Učitelia tvorili jednu diskusnú skupinu a hlavnou témou bola „Kvalita vzdelávania v ošetrovateľstve“. Počas 2–tyždňovej práce učiteľov v diskusnej skupine jednotliví učitelia prezentovali svoje kurikulum. Hlavným prínosom spoločnej práce učiteľov bolo porovnávanie kurikúl, vzájomná výmena názorov a skúseností, hľadanie spôsobov, ako zlepšiť kvalitu vzdelávania, vytváranie nových nápadov a podnetov. Zhodli sme sa na tom, že kurikulum v jednotlivých krajinách je odlišné aj preto, lebo ho ovplyvňuje

1. učebné prostredie: metódy, komunikácia a vzťahy
2. kultúra: historický vývoj (hodnoty, životný štýl) a vec názoru
3. ošetrovateľstvo ako veda: Kto je sestra? – roly, kompetencie, kritické myslenie, vedomosti, zručnosti a postoje.

Kurikulum v Hanzehogeschool:

Pre Holanďanov je typické, že stále niečo zlepšujú, vynovujú, snažia sa hľadať príčiny neúspechov a nové spôsoby riešenia. V Hanzehogeschool sa rozvoju kurikula venujú už 20 rokov.

Kurikulum je založené na kompetenciách. Očakáva sa, že sestra bude:

- poskytovateľ starostlivosti
- manažér
- navrhovateľ plánov
- učiteľ
- odborník.

4 roky vzdelania sú rozdelené podľa rokov na jednotlivé oblasti:

1. rok: propedeutika
2. rok: špecializovaná starostlivosť
3. rok: management
4. rok: špecializácia a záver vzdelania.

Po ukončení vzdelania získavajú diplom so špecializáciou = sestra 1. úrovne.

Počas 4 - ročného študijného programu v spomínanej škole sa kladie dôraz na:

- rozvoj zručností – ošetrovateľských a komunikačných.
- spojenie teoretických a praktických zručností
- samoštúdium – Nosná časť výuky je „problem based learning“ – problémovo orientované učenie. Študenti sú rozdelení v skupinách po 8-10 študentov, kde pracujú na projektoch. Samoštúdium znamená predovšetkým to, že študenti si musia sami vyhľadať informácie nevyhnutné pre riešenie úloh.

Čoraz väčší dôraz sa kladie na „evidence based nursing“ – na dôkazoch založené ošetrovateľstvo. Výrazný rozdiel vo vzdelávaní je predovšetkým v tom, že študenti sa učia uvažovať, rozmyšľať o probléme, hľadať najlepšie riešenie, učia sa pochopiť pacienta/klienta a hlavne učia sa odpovedať na otázku „Prečo?“.

Rámec edukácie tvorí:

- aktivita
- úvahy
- zvyšovanie sociálneho povedomia
- tvorivosť
- zameranie na rozvoj.

Veľakrát sme mohli počuť: *„Vzdelanosť znamená stále viac chápať a nachádzať v tom eleganciu.“*

V Holandsku sa v Hanzehogeschool používa väčšinou model Gordonovej. Zaujímavé bolo aj zistenie počas exkurzie Univerzitnej nemocnice, že tam sestry pracujú s ošetrovateľskou anamnézou podľa modelu Gordonovej a taktiež „hlásenie sestier“, ktoré je individuálne v dokumentácii pacienta, sa píše s použitím terminológie modelu Gordonovej. V Dánsku je preferovaný model Hendersonovej a na Univerzite Malmö vo Švédsku model

Leiningerovej. Všetkých prekvapil švédsky systém štúdia, kde študenti musia za týždeň naštudovať 200 strán z jedného predmetu.

Práca v diskusných skupinách prebiehala v priateľskej, otvorenej, tvorivej a uvoľnenej atmosfére. Vzájomná spolupráca, povzbudzovanie, podpora, hľadanie najlepšieho riešenia, ocenenie, uznanie, tvorivé nápady boli hlavné charakteristiky spoločnej dvojtýždňovej práce.

Bibliografické odkazy

1. Higher education in the Netherlands [cit. 2003-02-26] Dostupné z: <<http://www.hanze.nl/Ik+ben/I+am+interested+in+international+programmes/Introduction/Higher+education+in+the+Netherlands.htm>>
2. Telemark University College: Florence Network - European Nursing Network. Posledná úprava 19. 2. 2003 [cit. 2003-02-27] Dostupné z: <<http://www.hit.no/hs/florence/members.htm>>.

*Mgr. Renáta Zeleníková
Ostravská univerzita
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Renata.Zelenikova@osu.cz*

I VZDĚLÁVÁNÍ UČITELU OŠETŘOVATELSTVÍ POTŘEBUJE ZMĚNU

Marie Zvoníčková, Hana Svobodová

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

V souvislosti se změnami v kvalifikační přípravě všeobecných sester a porodních asistentek je potřeba přemýšlet i o změnách v kvalifikační přípravě vyučujících odborných předmětů pro uvedené obory.

Pro profesionální přípravu sester a porodních asistentek mají zásadní význam odborné učitelky. Od 60. let minulého století se vzdělávají na univerzitách. Jejich studium bylo koncipováno s ohledem na získání kvalifikace vyučujících odborných předmětů střední zdravotnické školy (SZŠ). Ošetřovatelství, v praxi SZŠ hlavní aprobační předmět, se v univerzitní přípravě pojímá tak, aby absolventi byli schopni tento předmět na SZŠ vyučovat, tzn. zdůrazňuje se široký preklinický i klinický základ. S ohledem na budoucí uplatnění se na univerzitě věnuje velká pozornost pedagogice a psychologii. Pro středoškolského učitele může výchovná složka jeho práce daleko být náročnější než složka vzdělávací (studenti SZŠ procházejí složitým obdobím dospívání, obvykle se neřadí k výrazným studijním typům, jedná se převážně o dívčí populaci, atd.). Vzhledem k povaze budoucí činnosti absolventi učitelského studia nepotřebují k výkonu povolání žádnou klinickou specializaci.

Požadavky kladené na učitele odborných předmětů na vyšší odborné škole se od střední školy podstatně liší. Studenti jsou plnoletí a studium si částečně hradí. Organizační struktura studia klade velký důraz na samostatnost. Ne, že by neexistovaly výchovné problémy, ale přece jenom vzhledem ke koncepci studia se jimi pedagogové nemusí tolik zabývat, mohou více sil věnovat vzdělávání studentů, popřípadě výzkumu. Ze zkušeností VOŠ i vysokých škol s akreditovanými bakalářskými programy ošetřovatelství se ukazuje, že běžné učitelské vzdělání v oboru ošetřovatelství (učitelství odborných předmětů na SZŠ) není v těchto případech optimální a že by zejména klinické ošetřovatelské předměty měli vyučovat odborníci s vlastní praxí i specializovaným vzděláním v oboru – klinické sestry specialistky. Specializace získaná v magisterském studijním programu ve spojení s vlastní klinickou praxí u lůžka by umožnila takto připraveným sestrám převzít odpovědnost za výuku klinického ošetřovatelství v plném rozsahu, a nahradit zatím nezastupitelné lékaře.

Ústav lékařské etiky a ošetřovatelství 3. LF UK ve spolupráci s FN v Plzni, Českou asociací sester a Decker School of Nursing z Binghamtonu, NY inicioval v loňském roce vznik pilotního projektu nazvaného „Certifikační kurz v intenzivní péči“, jehož výstupem by měl být návrh magisterského studijního programu v intenzivní péči.

Motivací k práci na pilotním projektu magisterského vzdělání byl projekt kvalifikačního bakalářského programu všeobecná sestra pro 3.LF UK v Praze. Ukázalo se tehdy, že bude velice obtížné zajistit odbornou výuku na specializovaných odděleních, protože chybí sestry specialistky s vysokoškolským vzděláním, resp. chybí skutečně kvalifikované vyučující klinického ošetřovatelství. Pod pojmem kvalifikace se rozumí odborná kvalifikace klinická spojená i s odpovídajícím univerzitním vzděláním. Další motivací představovala do jisté míry i nespokojenost s kvalitou výuky ošetřovatelství v klinických oborech, jak se někdy praktikuje na zdravotnických školách všech stupňů, lékařské fakulty nevyjímaje. Lékaři, kteří klinické ošetřovatelství v sesterském studiu vyučují, je za svou prioritu nepovažují. Velmi obtížně se s nimi hledá i společný jazyk v problematice ošetřovatelských diagnóz, plánů, apod. Klinická specialista v oboru by řadu problémů vyřešila. Dalším motivem byla i snaha nabídnout možnost získání

magisterského stupně těm sestřám, které touží po úplném vysokoškolském vzdělání a přitom se chtějí realizovat v klinické praxi a nechtějí být nutně vyučujícími na zdravotnických školách. Takových bakalářek existuje relativně hodně, a jejich trvalý zájem o možnost pokračovat ve studiu představuje silnou výzvu.

Od začátku práce na projektu bylo ale jasné, že nikdo nemá zájem vyčerpávat se na programu, který by byl nepřijatelný pro management zdravotnických zařízení. Naším cílem bylo a je připravit takový program, jehož absolventi se budou moci v klinické praxi skutečně uplatnit. Program by měl současně mít poněkud exkluzivnější charakter, měl by být určen spíše lídrům v oboru, a neměl by nijak konkurovat dosavadnímu specializačnímu studiu SIP nebo ARIP. Opakovaná setkání s hlavními sestrami fakultních nemocnic přinesla řadu velice podnětných námětů i pozitivní ujištění o zájmu spolupracovat na tomto projektu i na hledání možností pro uplatnění takto vzdělaných sester specialistek.

Klíčovým problémem celého projektu byl, jak jinak, problém kvalifikovaných vyučujících sester - specialistek. Díky shodě příznivých okolností se podařilo navázat velice dobrou spolupráci s vyučujícími a doktorandy z Decker School of Nursing in Binghamton, NY, kteří nabídli pomoc při tvorbě kurikula i při jeho realizaci.

Do současné doby proběhlo celkem pět týdnů velmi intenzivní výuky, rozdělené do dvou částí. Obsah první části kursu se orientoval na teoretické základy tzv. „advanced practice“. Tento termín je ponechán záměrně v anglické podobě, protože v češtině zatím jeho ekvivalent neexistuje. Otrocký překlad „pokročilá praxe“ nevyjadřuje obsah pojmu. Jedná se o specializovanou ošetrovatelskou péči, kde se uplatňují vysokoškolsky vzdělané sestry, a to především v roli lídrů, manažerů, konzultantů, pedagogů/edukátorů a badatelů.

Druhá část kurzu měla ráz velmi praktický – fyzikální vyšetření nemocného sestrou. Zdálo by se, že se nejedná o nic mimořádného, co by se už léta neobjevovalo v kurikulu bakalářských programů ošetrovatelství a nakonec i programů vyšších odborných škol, a s čím by už sestry – bakalářky neměly vlastní zkušenosti. Zásadní odlišnost ovšem spočívala v tom, že výuka byla vedena s cílem účastníky kurzu fyzikální vyšetření skutečně naučit – tedy nejenom látku přednést nebo ukázat na videu, ale věnovat dostatek času vlastnímu nácviku. Další zásadní odlišnost spočívala v pedagogickém zajištění výuky – praktické dovednosti vyučovala sestra specialista v intenzivní péči z Decker School of Nursing. Z hodnocení účastníků je zřejmé, že výuka prováděná sestrou je daleko účinnější, než výuka vedená lékařem, protože sestra, která učí fyzikální vyšetření, se daleko více zaměřuje na praktické dovednosti a využitelnost poznatků a dovedností k ošetřování nemocných, méně se zabývá medicínou. Vzhledem k časovým možnostem kurzu a nakonec i vzhledem k povaze fyzikálního vyšetření jako takového nebylo možné, aby se účastníci kurzu naučili jednotlivé postupy dokonale. Odnесли si nicméně dobrý základ, který jim umožní pokračovat v rozvíjení dovedností. Cílem je takový stupeň zvládnutí, aby se sestry fyzikálního vyšetření nebály, aby byly schopny provádět fyzikální vyšetření i v přítomnosti lékaře, aby mohly o svých nálezech s lékařem diskutovat, a konečně aby byly schopné své zkušenosti a dovednosti v této oblasti předávat i dalším studentům ošetrovatelství. Na bloku fyzikálního vyšetření se jasně ukázalo, že nestačí pouze přejímat zahraniční vzdělávací programy, ale že je nutné je opravdu přizpůsobit českým podmínkám.

Účastníky pilotního projektu čeká ještě jedno dvoutýdenní soustředění orientované především na problematiku zdravotní politiky, legislativy, etiky a výzkumné metodologie. Všichni také prakticky od prvního týdne pracují na vlastním projektu, který by se měl stát východiskem diplomové práce. Vzhledem k americkým lektorům je výuka vedena v angličtině. Z dosavadních reakcí organizátorů, vyučujících, studentů i hostů vyplývá spokojenost a jednoznačná podpora projektu i ochota k další spolupráci.

Představa vysokoškolského specializačního vzdělávání v klinických oborech byla ještě před několika málo lety považována i autory tohoto sdělení za absurdní a v našich podmínkách nerealizovatelnou. Velký tlak na otevření kvalifikačních sesterských programů na vysokých školách přinesl sebou jako vedlejší produkt i poznání, že bez klinických sester specialistek se kvalitní sesterské vzdělání na vyšší úrovni dělat nedá. V našem sdělení jsme Vás chtěly informovat o snaze pracovníků Ústavu lékařské etiky a ošetrovatelství 3.LF UK v Praze a jejich spolupracovníků přispět svým dílem k řešení tohoto problému v oblasti intenzivní péče.

*PhDr. Marie Zvoníčková
Univerzita Karlova v Praze
3. Lékařská fakulta
Ústav lékařské etiky
Ruská 87
100 00 Praha 10
e-mail: marie.zvonickova@worldonline.cz*

OŠETROVATEĽSKÝ PROCES V PÔRODNEJ ASISTENCII

Silvia Žultáková, Ľubica Derňarová

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, Katedra pôrodnej asistencie, Prešov

Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho cieľom je určiť pacientov zdravotný stav, skutočné alebo potencionálne problémy v starostlivosti o zdravie, naplánovať ošetrovateľskú starostlivosť a vykonať špecifické zásahy na odstránenie pacientovho problému.

Ošetrovateľský proces v pôrodnej asistencii má niekoľko špecifík:

1. prijímateľom ošetrovateľskej starostlivosti je **žena v reprodukčnom období**, t.z., že je to tehotná žena, žena – rodička, žena – šestonedielka a žena – matka, teda žena – osobnosť, zasiahnutá mnohými faktormi ovplyvňujúcimi jej tehotenstvo, pôrod, šestonedelie i novú rolu v jej živote, rodičovstvo.
2. poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti žene je **pôrodná asistentka**, ktorá poskytuje preventívnu, podpornú, liečebnú, rehabilitačnú, či poradenskú individuálnu ošetrovateľskú starostlivosť a to v období tehotenstva, počas pôrodu, v popôrodnom období, ako aj ich rodinám metódou ošetrovateľského procesu, udržiava a podporuje optimálny zdravotný stav žien a ich detí, ako aj rodín a špecifických skupín a komunít žien v rôznych situáciách vyžadujúcich starostlivosť pôrodnej asistentky. Osobnostný a profesionálny profil pôrodnej asistentky zaručuje erudovanú a kvalitnú starostlivosť.

Ošetrovateľský proces (ďalej len OSP) v pôrodnej asistencii prebieha v niekoľkých fázach, ktoré na seba nadväzujú, kde prvá fáza podmieňuje druhú, druhá tretiu až piatu.

V prvej fáze OSP v pôrodnej asistencii sa pôrodná asistentka zameriava na dôkladný zber informácií o žene, tentokrát v úlohe pacientky/klientky. Informácie sú rôzne a v podstate ich môžeme zatriediť do niekoľkých okruhov. Sú to:

- základné identifikačné údaje,
- dôvod návštevy zariadenia poskytujúceho starostlivosť o ženu,
- gynekologická anamnéza,
- pôrodná anamnéza,
- psychologická anamnéza, zameraná na posúdenie rolí, ktoré žena plní v osobnom a profesionálnom živote a na adaptačné mechanizmy pri zmenách rolí,
- anamnéza rodiny, kde pôrodná asistentka posudzuje postavenie ženy v rodine, sociálny klímu a vzťahy medzi jednotlivými členmi rodiny, zvlášť so zameraním na partnerský vzťah,
- sociálna anamnéza so zreteľom na sociálne istoty ženy,
- životný štýl a sebarealizácia, účinné vyrovnávanie sa so stresom a psychickou záťažou,
- sexuálne zdravie, postoj k vlastnému zdraviu,
- vedomostná úroveň pacientky/klientky o danej problematike a schopnosť učiť sa,
- fyzikálny assesment

Analyticko-syntetickým procesom pôrodná asistentka v spolupráci s pacientkou/klientkou formuluje sesterské diagnózy, odrážajúce zistené a potvrdené existujúce problémy v prvej fáze OSP. To je náplňou druhej fázy OSP – diagnostiky, ktorá udáva smer ošetrovateľských stratégií či zásahov pôrodnej asistentky. Pre túto fázu je príznačná veľká

kaleidoskopickosť sesterských diagnóz vzhľadom na špecifickú problematiku pôrodnictva, pôrodnej asistencie a psychológie ženy.

Tretia fáza OSP je plánovanie, ktoré odráža cieľ pacientky/klientky, reálny výsledok prevencie, redukcie alebo eliminácie problémov, ktoré boli potvrdené počas diagnostickej fázy.

V štvrtej fáze OSP pôrodná asistentka okrem realizácie samotných ošetrovateľských zásahov, motivuje, podporuje a povzbudzuje pacientku/klientku, aby sa aktívne zapojila do riešenia jej aktuálnych alebo potenciálnych problémov.

V piatej fáze OSP pôrodná asistentka vykonáva hodnotenie, ktoré je dôležitým procesom, v ktorom sa určujú závery kvality poskytovanej starostlivosti. Súčasťou je zhodnotenie miery zapojenia pacientky/klientky do vlastnej starostlivosti a využitie pozitív a vnútornej sily, ktoré môže pôrodná asistentka využiť pri riešení iných vzniknutých problémov.

Pôrodná asistentka do riešenia pacientkiných/klientkiných problémov zapája partnera a rodinu, ktorá významným podielom môže prispieť v ktorejkoľvek fáze OSP. Nezanedbateľnú úlohu v ošetrovateľskom procese v pôrodnej asistencii zohráva ošetrovateľská dokumentácia, prispôbená na zber špecifických informácií.

Ošetrovateľský proces v pôrodnej asistencii teda môžeme definovať ako systematickú metódu plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti žene v období tehotenstva, počas pôrodu, v popôrodnom období, novorodencom, ako aj ich rodinám a skupinám zdravých žien, vrátane udržiavania a podpory sexuálneho zdravia, edukácie žien a rodín v súlade s etickými princípmi, právami pacientov a detí s využitím schopnosti pôrodnej asistentky kriticky myslieť.

Ošetrovateľský proces v pôrodnej asistencii prispieva k profesionalizácii pôrodnej asistencie a zvyšuje morálne i spoločenské hodnotenie každej pôrodnej asistentky, ktorá touto metódou pracuje. Zároveň neustále zvyšuje kvalitu poskytovanej starostlivosti, kde na konci tohoto reťazca je žena – pacientka/klientka.

Bibliografické odkazy

1. ELIAŠOVÁ, A. a kol.: *Pôrodnické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2000. ISBN 80-8063-053-4.
2. HORÁKOVÁ, M., STEMPELOVÁ, J.: *Špeciálna psychológia pre ženské sestry*. Martin: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0135-8.
3. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
4. MARTIN, L., REEDER, S.: *Essentials of Maternity Nursing: Family Centered – Care*. Philadelphia: J. B. Lippincot Company, 1991. ISBN 0-397-54791-9.

*Mgr. Silvia Žultáková
Prešovská univerzita
Fakulta zdravotníctva
Katedra pôrodnej asistencie
Sládkovičova 36
080 01 Prešov
Slovenská republika
e-mail: ZultakovaS@hotmail.com*

NÁZEV: TRENDY V OŠETŘOVATELSTVÍ II.

Vydal: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta

Editor: Darja Jarošová a kol.

Vytiskl: Ostravská univerzita

Náklad: 60 ks

Počet stran: 122

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

ISBN 80-7042-341-2